FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1876 — N° 466

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 *décembre* 1876, *a* 2 *h.*

Par Henri FUZIER,

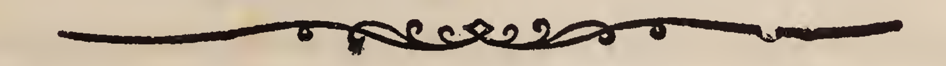
Né à Camarès (Aveyron) le 15 juillet 1851,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

ESSAI
SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. BROCA, *Professeur.*

Juges : MM. VERNEUIL, *professeur.*
LECORCHÉ, HAYEM, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE
RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 29 ET 31.

1876

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. VULPIAN.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	N. N.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LEDENTU
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER
CADIAT.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	GUYON.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans la dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

INTRODUCTION.

S'il est une affection redoutée des femmes, qui soit le souci constant de celles qui craignent d'en être atteintes, et le désespoir de celles qui en sont frappées, c'est bien le cancer de l'utérus. Pour les malades, en dépit des recherches et des espérances des médecins, le pronostic n'a pas varié; il est précis et fatal : c'est la mort et la mort misérable. Epuisées par les pertes de sang et les progrès du mal, brisées par la souffrance physique, objets de pitié et parfois, hélas ! de dégoût pour ceux qui les entourent, ces malheureuses femmes s'éteignent, avec cette douleur en plus, de savoir qu'elles laissent souvent à leurs enfants le germe de la maladie qui les emporte.

Malheureusement, le vulgaire paraît avoir raison dans son pronostic.

Est-ce à dire pour cela que la science soit restée inactive et n'ait pas suffisamment exploré cette partie du domaine de la pathologie et de la thérapeutique? Certes, ce reproche serait bien peu fondé. Peu de sujets ont donné lieu à autant de travaux et de recherches que le cancer en général et celui de l'utérus en particulier. Mais combien de médecins, victimes d'une erreur de diagnostic, n'ont-ils pas cru, en

toute bonne foi, avoir enfin trouvé le remède du cancer et ont reconnu plus tard qu'ils s'étaient trompés? Le chlorate de potasse a-t-il, sur le cancroïde, plus d'action que la ciguë sur le cancer et que tant d'autres remèdes vantés un jour et oubliés le lendemain? Nous en doutons fort; et jusqu'à nos jours, tous les topiques, toutes les médications internes sont venus tour à tour échouer devant le cancer, mieux diagnostiqué, mieux connu dans sa nature et dans son évolution.

La chirurgie comme la médecine entreprit de résoudre le problème et demanda à ses divers procédés d'exérèse, la guérison d'une maladie qui, au début du moins, semblait être une affection locale, comme parasitaire, indépendante de l'économie. De ce côté aussi, que d'espérances trompées! que d'illusions détruites! que de métrites chroniques, de simples ulcérations, pour ne parler que de l'utérus, ont été opérées et guéries sous le nom de cancer! Et lorsque, par les progrès de la science et grâce à l'emploi du microscope, le cancer utérin a été plus sûrement diagnostiqué, les divers procédés de cure chirurgicale ont, peu à peu, perdu la confiance des opérateurs; l'ablation totale de l'utérus cancéreux, par les voies sus et sous-pubiennes, n'est plus qu'un souvenir; l'amputation et la destruction du col sont encore restées, mais les difficultés et les dangers opératoires sont si grands, la récidive si fréquente et parfois si rapide, que bon nombre de chirurgiens, peu convaincus des avantages de ces opérations, y ont renoncé. Et cependant, la science a enregistré par ces moyens, de vrais succès, et

même, la vie de plusieurs malades a été prolongée parfois d'un nombre d'années si considérable, qu'on pourrait presque légitimement prononcer le mot de guérison.

Peut-on opérer et faut-il opérer ? Toutes les malades posent cette question au médecin qu'elles consultent. Nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux et des remarques inédites sur la curabilité du cancer de l'utérus ; si nous avons parlé si longuement de l'ablation du col, c'est qu'en l'étudiant d'une façon spéciale, nous voulions arriver à nous faire, provisoirement du moins, une opinion qui nous permît de répondre en connaissance de cause, à cette grande question qui peut, dès le premier jour, être posée à un jeune médecin qui débute dans la carrière.

Nous avons donc déterminé ce que nous entendions par le mot cancer, établi le diagnostic de la maladie et recherché par l'étude sérieuse de nos maîtres les plus autorisés, jointe aux quelques observations personnelles que nous avons pu faire, la valeur, les indications de l'ablation et les principales méthodes d'amputation ou de destruction du col de l'utérus cancéreux.

Que nos juges et ceux qui nous liront, veuillent bien accueillir avec bienveillance un travail qui n'a d'autre prétention que d'exposer succintement l'état de la science sur le sujet qui nous occupe.

Il ne nous reste plus qu'à remercier ceux de nos maîtres qui ont bien voulu nous donner des conseils, et en particulier M. S. Duplay, qui, outre d'utiles indications, nous a

donné quatre observations dont nous avons pu retrouver et examiner trois sujets longtemps après l'opération. Tous les anciens élèves de cet excellent maître, gardent précieusement le souvenir de ses bonnes leçons et des services qu'il leur a toujours si généreusement rendus ; nous le prions de recevoir ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

ESSAI

SUR LE

DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



Le mot de cancer qui suffisait autrefois à caractériser une tumeur maligne, est devenu, s'il faut en croire les histologistes, et la pratique leur a donné raison dans une certaine mesure, un terme vague comprenant un nombre considérable de tumeurs, distinctes dans le champ du microscope, distinctes aussi pour le pronostic, quant à la rapidité de leur évolution et de la récidive après extirpation. Malheureusement les différences cliniques déjà difficiles à apprécier dans les cancers externes deviennent illusoires quand il s'agit du cancer de l'utérus. Squirrhe, encéphaloïde, épithéliomes, paraissent se confondre sur le vivant en une maladie, unique, bien définie dans sa marche, le cancer. Aussi voyons-nous deux micrographes tels que MM. Cornil et Ranvier (1) s'exprimer comme il suit : « ces

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique, 3e partie. Paris 1876.

deux formes d'épithéliome débutent par le col et ne sauraient être distinguées du carcinome qui a le même siége, ni par leurs signes physiques, constatés pendant la vie, ni par leur marche, ni par leur gravité. » A l'autopsie, même, le diagnostic macroscopique est parfois impossible.

Ces paroles sont la justification des cliniciens qui, frappés de la parfaite ressemblance de toutes ces affections malignes, les ont décrites en bloc sous le nom de cancer de l'utérus. On n'a pas trouvé mieux pour les qualifier que ces deux termes que Aran met en tête de sa description : destructivité, reproductivité. On ne peut s'occuper quelque temps des maladies des femmes sans reconnaître toute la justesse de cette définition en deux mots, et l'adoptant pleinement, nous appellerons cancer de l'utérus, toute affection qui présente ces deux caractères fondamentaux. Ainsi compris le cancer peut affecter tout l'utérus ou seulement le corps ou le col de la matrice; mais le cancer primitivement limité au col étant de beaucoup la forme la plus commune, les opérations, les moyens directs qui permettent de le combattre le séparent nettement de celui du corps de la matrice ou de l'organe entier dont le médecin désarmé ne peut que constater les progrès, nous lui avons consacré toute notre thèse et nous ne nous occuperons que de lui.

CHAPITRE PREMIER.

DIAGNOSTIC.

Le cancer du col de l'utérus est en général d'un diagnostic facile et tandis que pour les tumeurs externes, nous voyons souvent les chirurgiens les plus éclairés et les plus habiles embarrassés, réduits à porter un diagnostic par

exclusion, le simple toucher vaginal, même pratiqué par une main bien moins exercée, permet le plus souvent de porter un diagnostic positif et d'affirmer l'existence d'un cancer du col utérin. Cette maladie se présente en effet sous un aspect si différent des autres affections de l'utérus que M. Gallard déclare dans ses cliniques, que lorsqu'il se trouve en présence d'un cas douteux et qu'il hésite à se prononcer, il est à peu près sûr qu'il n'a pas affaire à un cancer. Il ne faudrait pas néanmoins se faire d'illusions sur la facilité constante de ce diagnostic ; aussi allons-nous l'établir de notre mieux et pour cela nous demanderons la permission de rappeler brièvement les principaux caractères de la maladie, avant de parler des affections qui peuvent lui ressembler.

Le début du cancer du col de l'utérus est des plus insidieux ; les femmes ne souffrent pas, ont de l'embonpoint et de la fraîcheur, une apparence de santé qui trompe pendant un certain temps, les malades, leurs amis et leur médecin. Un jour, sans cause bien appréciable, souvent peu de temps après une époque menstruelle, une hémorrhagie se déclare ; généralement peu abondante, elle est mise sur le compte d'un peu de fatigue, de quelque excès vénérien ; si la malade était déjà réglée irrégulièrement, c'est à peine si elle-même y fait attention. La perte s'arrête au bout de un ou plusieurs jours et tout semble rentrer dans l'ordre ; si la malade avait des flueurs blanches elle en a davantage; si elle n'avait pas de leucorrhée, elle commence à en avoir; mais tant de femmes en sont atteintes, surtout dans les villes, que ce second symptôme reste lettre morte aussi bien que le premier. Au bout d'un temps variable, l'hémorrhagie reparaît, les flueurs blanches ne cessent pas ; elles deviennent séreuses, et ce caractère étonne la malade ; le coït devient un peu douloureux ; quelques élancements traver-

sent le bassin; parfois la santé générale est moins bonne; la malade éprouve des inquiétudes vagues, s'effraie enfin des symptômes qu'elle jugeait insignifiants au début, et va consulter son médecin. Chez les femmes qui ne sont plus menstruées, le début est plus significatif. Après la cessation régulière et complète de sa fonction, l'utérus a cessé de donner chaque mois la marque de son activité; il s'est vraiment atrophié; et tout à coup, une hémorrhagie inattendue vient révéler à la malade qu'il se passe dans la matrice un travail qui ne peut être physiologique. Elle ne sait pas ce que c'est, mais elle est effrayée et ne reste jamais longtemps sans consulter quelqu'un.

C'est à vrai dire cette première visite qui est la plus intéressante pour la femme, pour sa famille et pour le praticien qui doit poser un diagnostic redoutable et tracer son plan de conduite dans le traitement de la malade qui se confie à lui.

D'après les commémoratifs, le médecin avait déjà quelques présomptions sur la nature de la maladie, l'examen physique lui donne la certitude et peut lui permettre, au début du moins, de reconnaître à quel genre de tumeur maligne il a affaire.

Le cancer profond ou sous-muqueux, produit tout d'abord l'augmentation de volume, la déformation et l'ouverture du col; la muqueuse est encore saine, mais adhère profondément et à travers elle, comme à travers une étoffe souple, on sent des noyaux durs, des bosselures mal limitées remontant plus ou moins haut sur le col. Au spéculum on voit ces bosselures rouge vif à leur point saillant, entourées à leur base d'uue auréole violacée. L'utérus est moins mobile qu'à l'état normal. Selon la grosseur, la dureté, la vascularisation de la tumeur, on a affaire à un squirrhe ou à un encéphaloïde.

Cet état du col nécessite un diagnostic.

Les kystes folliculaires donnent bien une sensation de bosselure, mais outre qu'il n'en existe d'ordinaire qu'une ou deux, ces saillies sont élastiques, fluctuantes et présentent à leur centre une coloration opaline caractéristique.

Les corps fibreux sont vraiment plus difficiles à reconnaître : on remarquera cependant qu'une seule des lèvres du museau de tanche est généralement affectée par les corps fibreux, que les bosselures sont moins nombreuses ; enfin d'après Spiegelberg (1), la muqueuse qui les recouvre n'est pas adhérente comme dans le cancer, et un morceau d'éponge préparée introduit dans l'orifice du col, le dilate largement, tandis que la dilatation dans le cas de cancer se réduit à fort peu de chose.

La congestion du col et son hypertrophie peuvent simuler le cancer par l'augmentation de volume et parfois par des indurations et des bosselures, mais les signes suivants permettent d'ordinaire le diagnostic ; la maladie date généralement d'un accouchement antérieur ; l'orifice du col est très-rapproché de la vulve, regarde en arrière ; la lèvre antérieure est plus grosse que la postérieure, tandis que dans le cancer l'augmentation de volume débute habituellement par la lèvre postérieure ; l'utérus est mobile et le repos amène souvent une diminution de volume qui peut atteindre plusieurs centimètres. S'il existe des bosselures séparées par des sillons, on pourra admettre qu'elles sont le résultat de la cicatrisation de déchirures du col produites par un accouchement, si on voit que tous ces sillons rayonnent de l'ouverture du museau de tanche vers la circonférence.

La métrite chronique est aussi, dans certains cas, diffi-

(1) Spiegelberg. Arch. für gynecologie, 1872.

cile à distinguer du cancer. Nous ne reviendrons pas sur ces bosselures produites par les cicatrices d'accouchements antérieurs. Nous rappellerons que Aran insistait sur la mobilité de l'utérus dans la métrite ; outre la douleur à la pression qui est plus particulière à cette maladie, nons signalerons, d'après M. Gallard (1), dans la métrite, la rareté des hémorrhagies, leur alternance avec un écoulement mucoso-purulent, la régularité habituelle et le développement uniforme du col ; dans le cancer au contraire l'état mamelonné, irrégulier du col, des hémorrhagies constantes, une leucorrhée d'abord mucoso-purulente, mais bientôt séreuse, puis ichoreuse et fétide.

Il suffira de songer à la possibilité d'un prolapsus utérin pour ne pas commettre l'erreur de prendre une matrice saine abaissée, pour un cancer du col.

L'épithéliome du col de l'utérus débute toujours par la muqueuse ; aussi l'ulcération de cette membrane se produit-elle de bien meilleure heure que dans le cas de cancer profond ; parfois même l'ulcération paraît être le premier stade de la maladie. Quant, au contraire, la forme hyperplasique domine, le doigt, promené sur le col, sent au voisinage de l'orifice, une plaque indurée grenue, saignant au contact de l'ongle, ou bien des végétations de grosseur variable, consistantes mais friables et saignant facilement ; le plus haut degré de la forme hypertrophique se montre sous la forme d'une tumeur irrégulière, dure mais friable, implantée le plus souvent sur la lèvre postérieure près de l'orifice, par un pédicule de grosseur variable, mais d'ordinaire assez épais. C'est la forme en chou-fleur. (*Cauliflower excrescence* de Clarke).

(1) Gallard. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris.

Au spéculum, on voit, suivant le développement vasculaire du néoplasme, la tumeur ou la plaque formée soit de bourgeons rosés, luisants, soit de granulations grises, séparées par des petits sillons et ressemblant assez, d'après Aran, à de vieilles verrues. Dans ce dernier cas, la production épidermoïdale l'emporte sur la vascularisation.

On voit comment ces signes diffèrent de ceux du squirrhe ou de l'encéphaloïde ; nous ajouterons que le cancroïde se révèle plus tôt que le cancer profond par des troubles fonctionnels et que c'est lui qui provoque plus spécialement un écoulement séreux, remarquable par son abondance.

On ne pourra confondre la plaque irrégulièrement bourgeonnante ou verruqueuse du cancroïde avec les granulations du col utérin qui ne reposent pas sur une base indurée et ont d'ailleurs un aspect si caractéristique.

Les végétations syphilitiques existent parfois sur le col, et présentent là les mêmes caractères qu'à la vulve ; outre leur forme si connue, on pourra tenir compte de l'âge de de la malade, de la coexistence d'accidents syphilitiques et de l'action du traitement spécifique.

Il n'est pas non plus malaisé de distinguer du chou-fleur épithélial un polype fibreux à sa consistance, sa régularité à sa forme arrondie, à la souplesse de son pédicule, qui va lse perdre dans l'utérus, ou un polype muqueux à sa mollesse à travers laquelle on peut parfois sentir des kystes, à a tenuité de son pédicule.

Squirrhe, encéphaloïde, épithéliome s'ulcèrent à un moment donné ; alors les caractères propres à chacun sont moins nets ; au doigt, les sensations sont moins précises ; sur un point on dirait de l'épithéliome ; à côté on croirait plutôt qu'il s'agit d'un encéphaloïde ; et comme cette période est celle que nous voyons le plus souvent, on com-

prend avec quelle raison les auteurs ont décrit en bloc le cancer utérin.

A cette période, les symptômes généraux s'accentuent : faiblesse, perte d'appétit et même vomissements, palpitations de cœur, hémorrhagies abondantes, écoulement séreux, roussâtre ou couleur chocolat, fétide ; douleurs dans les reins, le bas ventre et l'anus.

Localement deux types caractérisent la marche de la maladie; tantôt il y a un ulcère rongeant et destructeur, tantôt au contraire, le mouvement de formation prédomine et l'on voit sortir de l'ulcère une masse fongueuse et saignante en forme de champignon ; ou seulement la tumeur qui supporte l'ulcération continuer à se développer et à augmenter de volume.

Dans le premier cas on voit un ulcère à marche envahissante plus ou moins rapide, à bords durs, déchiquetés et saillants, à fond rouge, ou recouvert de débris grisâtres ou noirâtres qui ne sont pas encore détachés. Le fond de l'ulcère repose sur une plaque indurée d'épaisseur variable.

Si le cancer prend la forme végétante on observe des fongosités de consistance inégale, parfois très-molles, qui se laissent déchirer facilement par le doigt qui s'y enfonce sans résistance et saignent abondamment.

Dans certains épithéliomes végétants, on voit s'élever de la tumeur des bourgeons rosés ou l'on distingue parfois de petits points blancs, qui ne sont autre chose que des globes épidermiques ; ou bien, elle supporte un ulcère à fond déchiqueté et noirâtre.

Ces quelques mots sur les signes de la maladie nous suffiront pour faire le diagnostic à la période du cancer confirmé ; il ne présente plus aucune difficulté à la période de cachexie, quand la teinte jaune-paille de la peau, l'en-

vahissement et même la destruction du vagin, de la vessie et du rectum ont prouvé surabondamment qu'il s'agit d'une affection générale et extensive, c'est-à-dire cancéreuse.

La forme végétante du cancer du col de l'utérus, à la période d'ulcération pourrait être confondue avec un polype muqueux ou fibreux ulcéré à la surface et donnant lieu à un écoulement fétide ; on devra, pour éviter l'erreur, rechercher avec soin les signes de ces affections et surtout ce pédicule mince et souple qui n'est manifestement pas cancéreux. Il faudra aussi un examen attentif pour éviter de prendre le col utérin en prolapsus, hypertrophié et recouvert de granulations ou de fongosités pour un cancer ulcéré.

Le diagnostic de la forme rongeante n'est pas non plus toujours sans difficultés. Nous n'insistons pas sur le chancre syphilitique du col, sur les gommes ulcérées qui sont si rares dans cette région, ni sur les ulcères herpétiques, eczémateux, autour desquels on trouvera quelqu'une des lésions initiales.

Les ulcères scrofuleux sont assez rares ; ils ont des bords décollés, fournissent non du sang ou de l'ichor, mais un pus grumeleux, mal lié, contenant des débris blanchâtres qui ressemblent à du tubercule ; les conditions d'âge, de constitution mettront encore le médecin sur la voie du diagnostic.

Quant aux ulcérations scorbutiques, phagédéniques, elles sont révoquées en doute par Aran (1), et nous pensons avec cet auteur que les lésions décrites sous ce nom doivent être rapportées à d'autres maladies.

Restent l'ulcère simple rongeant (*Ulcus rodens* de Clarcke), et l'ulcère de la grossesse.

(1) Aran. Leçon cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1858-1860.

Certainement, comme le fait observer M. Courty après avoir cité la description de M. Rokitanski, on a pris d'ordinaire, pour des ulcères rongeants, des ulcères cancéreux ou cancroïdaux ; cependant d'après M. Courty (1), il pourrait se développer sur un ulcère du col une tendance à la destruction comme cela se voit parfois, indépendamment du cancer, dans d'autres régions ; il croit l'avoir observée ainsi qu'une forme serpigineuse.

Aran défend aussi l'existence de l'ulcère chronique simple : les tissus sous-jacents à l'ulcère sont presque sains histologiquement, et semblent rongés par la dent d'un animal ; les ganglions sont indemnes; mais l'utérus est soudé par des adhérences ; la cicatrisation fait défaut et la séméiologie diffère à peine de celle du cancer. Le traitement serait la destruction de l'ulcère ou son ablation. S'il nous était permis de donner notre opinion, nous dirions que dans ces cas aussi, on a eu affaire à des épithéliomes dont la production cellulaire était lente et minime, ce qui explique le peu d'épaisseur et de dureté de la base de l'ulcère. Ajoutons pour nous justifier, que Kiwisch, Scanzoni, MM. Cornil et Ranvier, regardent cet ulcère rongeant comme un ulcère cancéreux, que pour Churchill (2) c'est aussi un ulcère de mauvaise nature, donnant cependant après l'amputation de toute la partie malade, la presque certitude de ne pas voir le mal se reproduire.

L'ulcération due à la grossesse semblerait devoir être facilement reconnue à l'existence d'un produit de conception dans l'utérus ; mais ces ulcérations sont rares par elles-mêmes et d'un autre côté le cancer du col n'empêche pas

(1) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1866.

(2) Churchill. Maladies des femmes, trad. de Leblond.

toujours la fécondation. M. Richet (1), qui des premiers s'est occupé de ce sujet, distingue deux sortes d'ulcérations; les unes qu'il appelle érosions variqueuses, très-fréquentes bénignes, superficielles, dont nous n'avons pas évidemment à nous occuper ici ; d'autres plus graves entraînent souvent l'avortement, et qui sont de véritables ulcérations. « Chez toutes mes malades, dit-il, les ulcérations à bords nettement découpés, à fond rouge et saignant, étaient recouvertes de granulations ou fongosités rougeâtres qui se prolongeaient entre les lèvres du col restées entr'ouvertes. » Aran pense que la couleur violacée, le ramollissement du col et les autres signes de la grossesse doivent permettre d'éviter l'erreur. Le ramollissement complet du col est surtout un signe qu'on ne voit pas dans le cancer, arrivé à cette période ; mais au début, quand le cancer n'a produit que des ulcérations peu profondes, et que la grossesse étant peu avancée, le ramollissement est peu étendu, le doute est légitime. Il n'y a alors qu'une chose à faire : traiter l'ulcération et attendre. Si l'ulcération s'améliore ce n'est probablement pas un cancer.

Nous avons réservé pour la fin un moyen de diagnostic qui peut toujours tirer le médecin d'incertitude ; il consiste à détacher quelques parcelles de la tumeur et à les examiner au microscope. Bien rarement cependant on aura besoin de recourir à ce procédé, pour faire un diagnostic qui, la plupart du temps, n'est que trop certain.

Le diagnostic de cancer serait encore incomplet si le médecin ne cherchait quand il le peut, à préciser la nature intime de la tumeur, ne s'enquérait de l'étendue et des limites de la lésion, des ganglions engorgés, des autres tumeurs cancéreuses qui peuvent exister, enfin s'il négligeait

(1) Richet, Bulletins de la Société de chirurgie, t. V, p. 324.

l'âge de la malade et la manière rapide ou lente dont évolue la tumeur.

Nous aurons à revenir sur ce sujet à propos du traitement.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT.

Le traitement du cancer du col de l'utérus peut être préventif, palliatif et curatif. Nous ne parlerons pas des deux premiers dont personne ne conteste l'utilité ; nous étudierons seulement le dernier, objet de bien des controverses, de bien des recherches qui, si elles accusent le peu de pouvoir des médecins, restent aussi le témoignage des efforts qu'ils ont tentés pour vaincre cette terrible maladie.

Existe-t-il un traitement curatif du cancer? Le traitement ainsi appelé est-il avantageux? Dans quelles circonstances peut-il être employé? Quels sont les meilleurs procédés? Telles sont les questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

ART. I. — Existe-t-il un traitement curatif du cancer utérin?

Personne ne doute aujourd'hui que le carcinome, autrement dit le squirrhe et l'encéphaloïde, ne soit une maladie générale. Pour l'épithélioma, la chose est moins nette et cela tient à ce que en changeant de siége, l'épithélioma change aussi de gravité. En effet, ces petits cancroïdes du nez, de la joue, qui restent cinq, dix, quinze ans et plus chez les vieillards dans un état tout à fait stationnaire, peut-on les appeler une maladie générale? D'un autre côté, certains cancroïdes de la lèvre inférieure et du col de l'utérus, que l'on voit parfois évoluer avec la rapidité du plus

mauvais encéphaloïde, récidiver aussi tôt malgré une large ablation, affecter l'économie presque autant que le cancer, ne sont-ils pas comme lui, une affection générale d'emblée? Nous n'oserions pas trancher la question pour le cancroïde en général; mais nous croyons, nous basant sur la clinique, que celui de l'utérus, comme le cancer dont il a la gravité dans cet organe, est une maladie générale constitutionnelle, dont on pourra détruire la manifestation locale mais dont la prédisposition reste dans l'organisme entier.

A une maladie générale il faut opposer un traitement général et malheureusement nous ne l'avons pas; quant au traitement local, ni la cautérisation, ni l'ablation ne pourront pas plus être réputées traitement curatif du cancer, que la peau de cygne appliquée sur une tumeur externe dont Récamier (1) met l'efficacité hors de doute, et tant d'autres remèdes ridicules ou bizarres qui ont dû leurs succès à la crédulité des uns et à l'avidité des autres. L'amputation du col de l'utérus n'étant qu'un traitement local, palliatif, puisqu'il laisse subsister la diathèse, on ne peut espérer guérir directement par ce moyen un cancer de l'utérus. Peut-être cependant l'ablation du mal a-t-elle pu amener parfois la guérison indirectement; le néoplasme, une fois fermé, exerce par lui-même sur l'organisme une action nocive dont il est bon de débarrasser celui-ci; la diathèse persistera, c'est vrai, mais rien ne prouve qu'elle soit vivace, et qu'elle ne puisse s'éteindre à un moment donné, avant d'avoir produit une nouvelle manifestation locale. On voit bien parfois, et notre excellent maître, M. Siredey nous en citait des exemples étonnants, le cancer de l'utérus, même arrivé à une période avancée, s'arrêter dans sa marche et rester stationnaire quatre, six et

(1) Récamier. Recherches sur le traitement du cancer. Paris 1819.

dix ans. Il faut bien alors que la diathèse cesse d'agir avec la même puissance, si elle ne disparaît pas tout à fait. Mais nous sortons du domaine de la généralité ; rentrons-y en disant que théoriquement du moins, supprimer le néoplasme cancéreux c'est enlever à la maladie un de ses moyens de nuire et que en théorie et en fait la récidive après l'ablation du mal est la règle.

Art. II. — Si l'opération paraît utile en théorie, en est-il ainsi en pratique, et gagne-t-on toujours à la faire? Rien de plus facile en apparence qu'une réponse catégorique. Il suffira de rechercher la durée moyenne de survie chez les cancéreuses non opérées et chez les opérées, de comparer, et le résultat de cette observation sera même assez précis pour se traduire par un chiffre. Rien à notre avis ne serait plus confus et moins vrai que cette réponse ; et ce sont croyons-nous les cas de survie extraordinaire, du côté de l'expectation et de l'intervention chirurgicale, aussi indépendants, en réalité, de l'une que de l'autre méthode, qui viendraient fausser notre jugement. Quand un cancer non traité met dix ans à évoluer, nous croyons que la malade jouit du bénéfice de certaines conditions qui nous échappent. Quand un cancer opéré met dix ans à récidiver, nous croyons qu'il s'ajoute au bénéfice de l'opération, celui des circonstances du cas précédent. Ces circonstances nous étant inconnues dans leur essence et leur manière d'être, raisonner sur quelques cas brillants où elles atteignent le maximum de leur puissance, nous semble devoir nous égarer et non pas nous servir dans la recherche de la marche et du traitement de la maladie en général.

Nous n'hésitons donc pas à laisser ces cas dans l'ombre ; chaque parti a les siens et ils ne sont nombreux d'aucun côté. Nous nous demanderons seulement si dans les cas

moyens, vulgaires, l'intervention chirurgicale a donné de bons résultats. Or, nous voyons les auteurs s'accorder à peu près à assigner au cancer de l'utérus une durée qui varie de seize à vingt mois. Sur les cinq observations inédites d'amputation du col cancéreux que nous donnons dans notre thèse, on verra que quatre fois cette durée a été dépassée de beaucoup et que les malades sont encore vivantes ; et si l'on réduit les prétentions chirurgicales à ce but, prolongation de la vie, le nombre des succcès l'emportera de beaucoup sur celui des revers. Trois terminaisons sont possibles pour une opération d'ablation du col de l'utérus cancéreux : la malade peut mourir de l'opération elle-même; le mal peut récidiver aussitôt et prendre une marche rapide; le cancer enlevé ne récidive qu'après un temps assez long, pendant lequel la santé a été améliorée.

Dans la première hypothèse, le résultat est des plus fâcheux, qu'il tienne à une manœuvre malheureuse du chirurgien ou qu'il soit la conséquence impossible à prévoir de l'opération la mieux faite. Mais ces cas-là sont en définitive peu nombreux et si chaque médecin qui a enlevé des cols d'utérus en a vu, il sait aussi qu'ils forment la petite minorité ; beaucoup de chirurgiens lorsque Lisfranc donna tant de vogue à l'ablation du col utérin, la pratiquèrent comme lui et n'obtinrent certes pas les succès dont le chirurgien de la Pitié se vantait dans son mémoire à l'Académie. Plus d'un fit des confessions terribles pour l'avenir de ce mode de traitement. Ces nombreux insuccès nous paraissent tenir, en bonne partie, aux procédés opératoires employés et aujourd'hui que la science en a acquis de nouveaux, qui rendent l'opération moins dangereuse, nous demandons qu'on le décharge des revers dont elle n'était pas par elle-même responsable.

La deuxième hypothèse a soulevé les cris de ceux qui

repoussent l'intervention chirurgicale et malheureusement ces insuccès du second degré ne sont pas fort rares. Si le cancer se borne à récidiver sur place, aussitôt après l'extirpation, sans prendre une marche plus rapide, le mal n'est pas bien grand et l'on peut reprocher seulement à l'opération d'avoir été inutile. Mais il a été maintes fois constaté que l'intervention chirurgicale pouvait accélérer l'envahissement des organes voisins ou la dissémination du cancer dans l'économie. Dans les observations que nous rapportons, le fait ne s'est pas présenté, mais M. Duplay a bien voulu nous donner de vive voix quelques indications sur un revers analogue qui lui est arrivé. Il enleva un cancroïde à forme végétante de la grosseur du poing, implanté sur le col ; l'opération se fit bien et sans accidents immédiats ou consécutifs. Un mois après, la cicatrisation était parfaite et l'état général de la malade très-notablement amélioré ; trois mois après l'opération, la malade mourait d'épithéliome généralisé ; elle portait des tumeurs épithéliales dans la peau, dans les organes, partout, sauf dans l'utérus ; la dissémination était aussi grande que dans certains cas de tumeurs mélaniques.

Cette aggravation de la maladie n'est pas cependant un fait commun ; mais si elle peut se montrer dans les cas où l'opération paraissait bien indiquée, elle doit engager encore plus le médecin à réserver son intervention aux cas nettement favorables, plutôt qu'à l'étendre aux cas douteux.

La troisième hypothèse est celle où la récidive ne se produit qu'au bout d'un temps plus ou moins long, pendant lequel le malade a retrouvé en quelque sorte la santé. C'est là croyons-nous le but réel de l'opération, le seul que l'on soit en droit d'espérer d'atteindre, car la récidive nous semble à peu près certaine. Mais on peut espérer une pro-

longation de la vie, une amélioration de la santé pendan huit, dix mois, un ou deux ans, après lesquels une autre opération peut encore donner de bons résultats, et nous sommes convaincu que cette amélioration, nous allions dire cette santé retrouvée, compense bien et au delà, les chances funestes de l'opération elle-même que l'on ne doit pas calculer aujourd'hui d'après les anciennes statistiques, et celles de la suractivité donnée par elle à l'affection cancéreuse, accroissement rapide et imprévu, dont il ne serait pas d'ailleurs difficile de trouver des exemples dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

Les auteurs paraissent avoir presque tous observé des différences de gravité au point de vue de la récidive, entre le carcinome et l'épithéliome. Peut-être en est-il réellement ainsi; mais si nous en croyons ce que nous avons vu dans les hôpitaux, nous serions portés à en douter. Après l'amputation, la récidive rapide sera d'autant plus à redouter, que la dégénérescence remonte plus haut et que la section a porté moins loin des parties malades. L'épithélioma est peut-être mieux limité au museau de tanche que le cancer parenchymateux et dès lors, les récidives de ce dernier plus redoutables que celles du cancroïde; mais nous sommes convaincu qu'entre un carcinome et un épithéliome, opérés dans les mêmes conditions de délimitation exacte, il n'y a guère de différence au point de vue du pronostic.

Pour nous résumer, nous dirons que l'ablation de la tumeur cancéreuse du col ne peut être regardée comme une opération curative, mais que ce traitement est rationnel et que malgré les dangers qu'il présente, ses succès dépassent ses revers. Nous ne saurions mieux terminer que par ces quelques lignes que nous empruntons à Lebert: « (1) l'opé-

(1) Lebert. Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris 1851.

ration du cancer n'est jamais autre chose pour nous qu'un secours palliatif qui a le double but de diminuer les souffrances et de prolonger la vie du malade ; et si les adversaires exclusifs de l'opération du cancer se plaignent que l'opération ne guérit pas, ils tiennent à coup sûr trop peu compte du soulagement que l'on procure souvent. Ne doit-on compter pour rien la prolongation de la vie de quelques mois, et dans des cas heureux même, d'une ou de plusieurs années ? Il n'est pas rare du tout de voir des malades après une opération faite à temps, reprendre bonne mine, tandis que le teint avait commencé à pâlir avant l'opération, et de les voir reprendre force et courage et cesser de souffrir pour quelque temps au moins ; et s'il est certain que le mal local en se propageant augmente les chances d'infection, on place le malade bien et complètement opéré dans les mêmes conditions à peu près, après chaque opération, que l'individu prédisposé et qui n'a pas encore de localisation cancéreuse. »

L'opération étant décidée en principe, voyons quelles conditions la rendent possible, utile, ou la contr'indiquent. Nous ne ferons qu'une remarque préliminaire, c'est que grâce au début insidieux du cancer utérin, à son indolence, au peu de réaction qu'il provoque dans les premiers temps, il n'est pas commun de trouver les malades qui viennent consulter dans un état tel qu'on puisse les opérer avec profit.

Art. III. — Les conditions qui, d'après la plupart des auteurs, rendent l'amputation du col utérin affecté de cancer, vraiment utile pour la malade, ont trait à la délimitation exacte du mal, à l'intégrité des parties voisines, à l'état général du sujet, ainsi qu'à l'accomplissement normal des grandes fonctions de l'économie. Nous allons les passer en

revue les unes après les autres et rechercher la valeur absolue ou relative qu'elles peuvent avoir au point de vue de l'opportunité de l'opération.

Limitation exacte du cancer au col utérin. — La possibilité d'amputer le col dans les tissus sains est une des conditions les mieux établies de l'opportunité de l'ablation et de l'aveu de tous les chirurgiens et de tous ceux qui s'occupent spécialement des maladies des femmes, une opération qui n'enlève pas le mal dans sa totalité est une opération intempestive, funeste, qui à la rigueur, peut être tentée dans certains cas, pour soustraire la malade à la septicémie qui la menace d'une fin prochaine, mais qui, bien souvent, n'a d'autre résultat que de donner à la maladie une activité et une tendance envahissante qu'elle n'aurait pas eues sans l'intervention du chirurgien. On peut dire que toute autre considération mise à part, ou on ne doit songer à opérer un cancer du col de l'utérus que lorsqu'on croit pouvoir emporter tout le mal; à ce titre les insertions du vagin sur l'utérus sont la dernière limite sur laquelle le chirurgien puisse porter ses instruments. De la nécessité d'amputer le col aussi loin que possible des tissus malades, il est facile de conclure que, de toutes les formes du cancer utérin c'est l'épithéliome pédiculé qui présente les conditions les plus favorables à l'intervention chirurgicale, à la condition toutefois de ne pas se contenter de sectionner le pédicule mais de sacrifier largement les parties sur lesquelles il s'implante. Trois observations de Boivin et Jugès (1) sont bien intéressantes à ce point de vue : dans les deux premières on se borne à couper le pédicule et la réci-

(1) Boivin et Dugès. Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris 1333.

dive a lieu rapidement; dans la troisième on emporte avec le pédicule un morceau du col et le succès est complet.

Voici une observation que nous devons à M. Duplay, et que nous avons pu complèter par l'examen récent de la malade, vingt-trois mois après l'opération; l'épithélioma a récidivé mais n'empêche pas la femme d'être dans un état de santé générale fort satisfaisant, de faire des courses et de travailler tout le jour.

Observation I.

Epithéliome du col utérin. Ablation, applications de caustique de Canquoin.

La nommée Marie Balbon, 42 ans, journalière, entre le 7 septembre 1874 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay.

La malade a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Elle fut réglée, pour la première fois, à 18 ans, et les menstrues quoique peu abondantes, ont toujours été régulières. Néanmoins, si la perte de sang n'était pas considérable en un temps donné, il est vrai de dire qu'elle durait en moyenne 8 jours.

La malade était sujette à des flueurs blanches assez abondantes, sans caractère spécial. Mariée à 25 ans, elle eut un enfant à 28 ans, un second à 30, un troisième à 35 ans. Tous les trois vinrent à terme et les couches ne furent suivies d'aucun accident.

Il y a un an environ, la malade fut prise de douleurs dans les reins, dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite; elles étaient peu intenses et ne se faisaient guère sentir que lorsque la malade se fatiguait ou marchait un peu vite; les rapports sexuels devinrent douloureux; mais l'état général restait toujours bon, les règles normales et les flueurs blanches n'augmentaient pas. Cet état de malaise durait depuis sept ou huit mois déjà, lorsqu'au mois de juillet dernier, survint une hémorrhagie qui dura quinze jours, disparut une semaine, pour revenir de nouveau.

Cette seconde hémorrhagie continua avec assez d'intensité pendant une vingtaine de jours, puis diminua peu à peu sans cesser complètement, jusqu'à l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Pendant le laps de temps qui précède son entrée, la malade continue à vaquer à ses occupations, tout en perdant continuellement, tantôt en blanc, tantôt en rouge, et rendant de temps à autre des caillots noirâtres assez fétides. Vers le mois de juillet, se voyant maigrir beaucoup, elle entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blachez, qui lui fit quelques jours après des cautérisations au fer rouge et au nitrate d'argent. Alors elle cessa de perdre jusqu'à son entrée dans le service de M. Duplay, où l'hémorrhagie reparut, peu abondante, à la suite de l'examen. Avant son entrée à l'hôpital, la malade n'avait subi aucun traitement local. Disons enfin pour terminer les commémoratifs que sa mère est morte de suite de couches, six mois après l'accouchement.

La palpation abdominale ne donne d'autre signe qu'une douleur peu intense, accrue par la pression, au niveau de la fosse iliaque droite et de la région hypogastrique.

Au toucher vaginal, on sent une tumeur arrondie, bosselée, de la grosseur d'une noix volumineuse, ayant à peu près la forme d'une pomme d'arrosoir. La face libre, de consistance assez dure, est parcourue par des sillons de profondeur variable, qui la divisent en lobes irréguliers; elle semble formée de grumeaux de grosseur différente, accolés les uns aux autres.

La face adhérente est plus lisse; elle porte au centre un pédicule court, facile à circonscrire avec le doigt qui pénètre dans le col entr'ouvert et va s'insérer sur la lèvre postérieure du museau de tanche. Entre la lèvre antérieure et le pédicule existe au contraire un espace où on peut introduire la pulpe du doigt. La circonférence de la tumeur déborde de 1 à 2 centimètres celle du col de l'utérus. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux; il est aussi moins souple et moins profond que celui du côté opposé.

12 décembre. On opère la malade sans chloroforme. On étreint le pédicule avec le fil du serre-nœud de Maisonneuve; mais il se casse sans pouvoir sectionner la tumeur. On est obligé de terminer l'opération avec l'écraseur de Chassaignac.

Le 13. La malade se plaint d'avoir eu froid dans la journée et d'avoir eu un peu de fièvre. — Sulfate de quinine, 0 gr. 50.

Le 14. Plus de fièvre; pas d'hémorrhagie. — Sulfate de quinine, 0 gr. 50.

Le 15. La malade va bien. On supprime le sulfate de quinine.

Le 19. On cautérise ce qui reste de la tumeur avec une plaque de pâte de Canquoin, que l'on maintient en place au moyen d'un tampon de charpie.

Le 20. On enlève les tampons de charpie; la malade va bien.

Le 30. Nouvelle application de pâte de Canquoin.

6. janvier 1875. La malade semble tout à fait guérie; elle ne perd plus rien par le vagin. Ses règles n'ont pas paru depuis deux mois.

Le 9. En examinant la malade au spéculum, on trouve encore sur le col une surface ulcérée, bien moindre, sur laquelle on applique une rondelle de pâte de Canquoin.

Le 23. Nouvel examen au spéculum. A la place du col, on voit un infundibulum entouré d'une ulcération qui paraît de bonne nature et dont le diamètre est à peu près celui d'une pièce de 1 franc. On applique encore sur cette ulcération une plaque de pâte de Canquoin.

13 février. La malade sort de l'hôpital avec ses règles; elle ne les avait pas vues depuis trois mois. Elle ne conserve plus qu'une plaie large comme une pièce de 50 centimes.

Fin de l'observation de M. Duplay.

9 novembre 1876. La malade s'est trouvée très-bien toute l'année dernière et reconnaît avoir retiré un profit réel de l'opération qu'elle a subie.

Depuis un mois environ, elle a souvent quelques petits malaises, maux de tête, courbature. Néanmoins l'état général est encore fort satisfaisant : bon appétit, bon sommeil, et quoiqu'elle soit moins forte qu'autrefois, elle a les joues colorées et peut très-bien travailler.

Depuis six mois, l'état local est devenu plus inquiétant; la malade a des pertes rouges presque continuelles surtout si elle se tient debout. Elle perd du sang presque chaque fois qu'elle va à la selle et expulse parfois alors dans les efforts qu'elle fait des caillots noirâtres. Elle perd aussi souvent un liquide qu'elle-même compare à de l'eau chargée de rouille; aussi, elle est toujours obligée de se garnir avec une serviette. La miction est tout à fait normale; il y a une constipation habituelle assez forte et la malade passe communément quatre à cinq jours sans aller à la selle.

La malade éprouve habituellement une sensation de pesanteur dans le bas-ventre sans ténesme rectal ou vésical, douleur sourde ou simple gêne qu'interrompent de temps en temps des élancements assez vifs dans les reins et l'aîne droite.

Nous ne pouvons toucher la femme que debout : à la place du col, assez haut dans le vagin, on sent une tumeur du volume d'une noix, irrégulière et lobulée, assez dure. Le vagin est induré à ses insertions supérieures dans une étendue de 1 à 3 centimètres de hauteur. Dans le cul-de-

sac latéral droit, qui est moins profond que le gauche, on sent un noyau dur qui fait corps avec l'utérus.

Pendant l'examen, il s'échappe du vagin un liquide, ténu, coloré en rose par du sang, en si grande quantité, qu'il nous coule dans la manche. Ce liquide a une odeur caractéristique très-nette, mais pas extrêmement forte.

Mais entre les cas où l'opération est nettement indiquée, c'est-à-dire ceux où une petite partie du museau de tanche est seule malade, et ceux où l'opération est formellement interdite, c'est-à-dire ceux où le cancer a manifestement dépassé la ligne d'insertion du vagin et même envahi ce conduit, se placent les cas embarrassants où la tumeur encore limitée à la portion sous-vaginale du col, l'occupe dans toute sa hauteur, où les instruments, si haut qu'on les applique, devront porter sur la limite apparente du mal, qui, pas plus au col de l'utérus que dans toute autre région, n'en est le plus souvent la limite réelle. Quelle conduite tenir dans ces cas difficiles? Devra-t-on disséquer les insertions du vagin qui ont heureusement une certaine épaisseur et sectionner le col aussi profondément que possible, ou suivant la méthode de Lisfranc, approuvée par Velpeau, évider pour ainsi dire la partie sus-vaginale du col en y taillant un cône creux, ou amputer le col sans toucher au vagin et appliquer sur la surface de section le fer rouge ou un caustique pour détruire les ramifications invisibles du néoplasme? Devra-t-on, au contraire, renoncer à toute opération et déclarer la maladie au-dessus des ressources de l'art? Des deux côtés il y a des inconvénients. Renoncer à toute intervention, c'est par la force des choses, apprendre à la malade qu'elle est atteinte d'une affection incurable, lui enlever sa gaîté, ses illusions, ses espérances qui, tout bien compté, tiennent une large place dans la somme des forces qui lui permettent de résister à sa maladie; opérer,

c'est peut-être prolonger la vie de quelques mois, mais à coup sûr faire courir à la malade dans des conditions peu avantageuses, tous les dangers opératoires que la position profonde de l'organe, ses rapports anatomiques, le développement considérable de l'affection dont il est le siége, rendent si nombreux et si graves, sans compter les chances de récidive immédiate et de généralisation rapide que peut provoquer l'amputation. Pour nous, après avoir étudié la question, si le néoplasme « paraît » pouvoir être enlevé complètement sans toucher aux insertions vaginales, si l'on peut faire la section dans un tissu qui semble sain quoiqu'il touche au cancer, nous pensons qu'on peut encore opérer, à la condition de poursuivre les ramifications du mal qui existent presque certainement dans ce tissu, par des applications de caustique plusieurs fois renouvelées. Si, au contraire, la section ne peut être faite dans les tissus sains qu'à la condition de dépasser les limites de la portion intra-vaginale, comme les ramifications néoplasiques atteindront certainement une hauteur trop considérable pour qu'on puisse les détruire ou les enlever complètement, nous croyons qu'il vaut encore mieux laisser la maladie suivre sa marche naturelle, qui peut être très-lente, et épargner à la femme une opération immédiatement dangereuse, probablement inutile et peut-être même nuisible ultérieurement.

Les chirurgiens n'ont pas toujours accédé à cette suspicion des ressources de leur art, et sans parler de l'ablation totale de l'utérus, opération sur laquelle la condamnation générale pèse de tout le poids de la chose jugée, nous voyons en 1871 M. Demarquay, pour un cancer développé surtout dans la moitié antérieure du col, séparer la vessie de l'utérus jusqu'à une hauteur considérable et réséquer ensuite la

partie ainsi libérée dela matrice (1) : l'opération réussit et quelque temps après, la malade continuait à se bien porter. De tels exemples sont certainement encourageants ; mais aujourd'hui surtout, que la tendance générale porte les médecins à n'intervenir qu'avec prudence et dans des cas bien déterminés, nous n'oserions conseiller de suivre cette pratique hardie.

Volume de l'utérus. — Lisfranc (2) regarde comme trop exclusive l'opinion des chirurgiens qui conseillent de ne pas opérer s'il existe un engorgement du corps de l'utérus; le col de la matrice étant assez malade pour qu'une opération soit indispensable, le corps devient nécessairement volumineux, et tant que la matrice n'a pas doublé de volume, il ne s'agit que d'une hypertrophie simple qui ne doit pas arrêter le praticien ; de plus, une tumeur crue carcinomateuse ne l'est souvent qu'à son centre, d'où la possibilité de la réduire souvent des deux tiers par de simples résolutifs.

Même tenant pour vrais les diagnostics du chirurgien de la Pitié, ses assertions sont loin de satisfaire notre esprit. Certes, nous ne nions pas la possibilité de la congestion franche, de l'engorgement simple de l'utérus dont le col est affecté de cancer. A l'état physiologique, l'utérus varie sans cesse de volume sous l'influence de la menstruation, c'est-à-dire d'une congestion passagère et dans l'affection cancéreuse du col, alors que la circulation sanguine s'accroît dans tout l'organe, personne ne s'étonnera de voir celui-ci sujet à une augmentation de volume tenant elle-même à

(1) L. Carrère. Quelques considérations sur le cancer utérin. Thèse de doctorat, 1874. Observation.

(2) Lisfranc. Gazette médicale, n° 25, 1834.

une congestion franche, survenue sous l'influence d'un peu de fatigue ou du coït ou de toute autre cause.

Si le décubitus dorsal ramène en quelques jours la matrice à son volume normal ou à peu près normal, nous admettrons sans hésiter la congestion simple de cet organe; mais nous nous défierions singulièrement d'un engorgement qui aurait doublé le volume de la matrice et n'aurait pas notablement diminué par huit jours de repos.

Des assertions de Lisfranc, retenons cependant ce fait, que, à un premier examen, un cancer du col de l'u téru peut sembler inopérable, si, dans ce moment là, l'organe est le siége d'une congestion considérable, tandis que plus tard, la congestion disparue, le mal pourra paraître mieux limité, moins étendu et se prêter encore à une intervention chirurgicale.

Intégrité du vagin. — C'est une condition absolue pour l'opération. Un cancer qui a envahi la paroi vaginale même dans une très-petite étendue, n'est déjà plus assez limité pour être enlevé avec succès. Les auteurs sont d'accord à ce sujet, et si M. Courty consent encore à risquer l'opération quand il s'agit « de légères excroissances, évidemment superficielles, sans racines profondes », c'est à la condition expresse qu'on soit sûr de pouvoir les enlever d'un coup de ciseau suivi d'une cautérisation, sans risquer de compromettre la vessie ou le rectum.

États des ganglions. — Tous les auteurs s'accordent à regarder l'infiltration ganglionnaire comme plus tardive et plus rare dans le cancer de l'utérus que dans celui des autres organes, et cette immunité relative existe au plus haut degré pour l'épithélioma qui paraît être la forme la plus fréquente du cancer de la matrice.

On peut voir des ganglions engorgés dans trois régions principales, aux lombes, sur les côtés du bassin, au pli de l'aine. Les deux premières localisations sont assez fréquentes; c'est dans les ganglions de ces régions que se rendent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et des deux tiers supérieurs du vagin ; il ne faut pas négliger de les explorer avec d'autant plus d'attention que la paroi abdominale des femmes étant souvent très-épaisse, et les malades n'ayant pas encore sensiblement maigri quand l'opération est encore possible, ils peuvent d'autant plus facilement échapper au médecin. Si l'on trouve des ganglions volumineux, doit-on opérer quand même ? La plupart des chirurgiens pensent qu'il faut s'abstenir ; nous établirons plus loin que l'engorgement des ganglions fut-il simplement inflammatoire, ne peut exister sans qu'il y ait déjà du côté du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal, des lésions de même nature assez avancées pour rendre très-dangereuse l'intervention chirurgicale ; aussi croyons-nous qu'il faut toujours s'abstenir en pareil cas. Tel n'était pas l'avis de Lisfranc, qui avec Desault et Sœmmering, conseille encore d'opérer si ces ganglions sont récents, peu volumineux, peu nombreux, non adhérents.

On voit parfois un ganglion inguinal superficiel augmenter de volume dans le cours d'un cancer utérin, même bien limité au col. Ce ganglion est indolent ou peu douloureux, de grosseur médiocre, roule sous le doigt et présente en un mot les caractères de l'adénite chronique ou subaiguë franche. Ce fait est facile à expliquer ; ce n'est pas le cancer du col qui a provoqué directement l'inflammation du ganglion inguinal avec lequel l'utérus n'a pas de relations anatomiques ; l'adénite est la conséquence banale d'une inflammation de la vulve ou de la partie inférieure du vagin, qui se développe souvent sous l'influence de l'acreté du liquide

que perd la malade, et de l'humidité continuelle où baignent les parties génitales externes. Naturellement, cette petite complication n'est pas une contre-indication à l'ablation du col.

L'adénite franche n'est cependant pas la seule que puisse provoquer à l'aine le cancer de l'utérus. On y voit parfois des tumeurs ganglionnaires cancéreuses; mais c'est à la période cachectique, lorsque le vagin étant envahi par le néoplasme, les vaisseaux lymphatiques apportent à ces ganglions la matière cancéreuse qu'ils ont puisée non dans l'utérus, mais sur la partie inférieure du vagin.

Il y a peut-être une quatrième région ganglionnaire bien importante mais aussi bien difficile à explorer: « Les vaisseaux du col, dit M. Lucas-Championnière (1), affectent une direction et une disposition constantes; ils vont former un plexus plus ou moins volumineux au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral; on se rend bien compte de cette situation en examinant le ganglion que j'ai fait dessiner. Ce siége est fort remarquable, il correspond au point où se développent des inflammations, des douleurs, des tuméfactions, au fond du cul-de-sac latéral. »

« J'ai vu plusieurs fois dans ce point un et quelquefois deux ou trois petits ganglions; mais toujours quand je n'ai pu les trouver, j'ai vu là un réseau lymphatique, plexus vasculaire véritable et important. »

Malheureusement, nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de reconnaître sur le vivant la présence de ces ganglions ni leurs états morbides; nous avons tenu cependant à citer ce passage pour mettre en relief le siége et la fréquence de ces inflammations chroniques que provoquent

(1) Lucas-Championnière. Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. Thèse de doctorat, 1870.

le cancer du col utérin, l'importance de la tuméfaction des culs-de-sac vaginaux et de la douleur que la pression y réveille parfois.

État du péritoine. — Depuis quelques années on s'est beaucoup occupé, en anatomie, des rapports qui unissent les vaisseaux lymphatiques au tissu cellulaire et aux grandes séreuses, en pathologie, du rôle étiologique que joue l'inflammation des lymphatiques utérins dans le développement des péritonites puerpérales ou des phlegmons des ligaments larges. Passons sur la question anatomique qui divise encore les auteurs les plus estimés, M. Sappey faisant naître les lymphatiques d'un réseau fermé, indépendant du tissu cellulaire et des séreuses, MM. Cornil et Ranvier et les micrographes allemands admettant au contraire qu'ils « s'ouvrent directement dans le vaste espace cloisonné que représente le système conjonctif du corps » et communiquent librement avec les cavités séreuses. Les rapports pathologiques sont mieux démontrés : deux ou trois jours après un accouchement, surviennent un frisson d'intensité médiocre, une fièvre considérable, continue, une douleur très-vive sur les côtés de l'utérus; c'est la lymphangite utérine. Mais bientôt la figure pâlit, le nez s'effile, le pouls est petit, le ventre se météorise et devient uniformément douloureux. C'est la péritonite consécutive à la lymphangite utérine qui était la lésion primordiale (1). Pareille relation peut aussi être constatée entre une déchirure du col et l'abcès du ligament large; la lymphangite a servi de trait d'union; peut-être même certains de ces abcès ne sont-ils autre chose que des adénites suppurées.

(1) Syredey. La fièvre puerpérale n'existe pas (Ann. de gynéc., mars et avril 1875.)

Nous voyons donc quelle importance pathologique ont les vaisseaux lymphatiques qui émergent du col dans les inflammations aiguës du péritoine et du tissu sous-séreux. En peut-il être autrement pour les inflammations chroniques ? Non, certainement. Un cancer se développe à l'extrémité du col et aussitôt au col de l'utérus comme au sein, les vaisseaux lymphatiques deviennent le siége d'une inflammation chronique, franche d'abord, mais qui pourra plus tard prendre le caractère cancéreux. Cette inflammation se propage au tissu cellulaire sous-péritonéal, à la séreuse et domine naturellement dans les points où les lymphatiques sont le plus nombreux, où existent les ganglions, c'est-à-dire en arrière et sur les côtés du col. C'est en effet à ce niveau que siégent les brides péritonéales et que le tissu cellulaire sous-séreux est épaissi, induré, inextensible ; rappelons-nous aussi que c'est là que s'insèrent les ligaments utéro-sacrés, et nous comprendrons bien comment, grâce à l'épaississement et à l'induration de ces ligaments, on éprouve souvent une si grande résistance à abaisser l'utérus, quoique le cancer n'ait pas encore dépassé les limites du col.

Ces lésions ne se produisent pas dès les premiers jours, mais elles arrivent sûrement, et une fois développées, elles deviennent, en cas d'opération, une source de difficultés et de dangers. Auparavant, l'utérus était mobile et son abaissement pouvait donner une facilité remarquable à l'opération ; après, l'utérus est fixé ; c'est au fond du vagin qu'il faudra aller sectionner le col et si l'on s'obstine à tirer sur l'utérus, on pourra rompre des adhérences, ou même le péritoine rendu friable par des inflammations antérieures, comme le fait est arrivé à Scanzoni, et provoquer ainsi une péritonite dont il est impossible de prévoir l'issue. Bien plus, même en opérant au fond du vagin, sans tirailler

l'utérus, on risque de faire passer à l'état aigu cette péritonite localisée et chronique, ou même de convertir ces tissus simplement enflammés en véritable cancer. Deux malades de Lisfranc, au dire de Pauly, sont mortes de péritonites ainsi ravivées. Ce sont sans doute des insuccès, avoués ou cachés qui avaient engagé Lisfranc à rechercher avec soin, les traces de l'inflammation de la séreuse, avant d'entreprendre une opération qu'il pratiquait si volontiers; il la diagnostiquait à la douleur que provoquait la pression du doigt dans les culs-de-sac vaginaux. En revanche, s'il n'est pas toujours possible d'attirer l'utérus bien bas, cette facilité, même d'après Boivin et Dugès serait, quand elle existe, le garant d'un succès probable, car elle indique que les parties voisines de l'utérus sont toujours en bon état.

En résumé, les lésions inflammatoires des tissus qui avoisinent le col, se voient très-fréquemment dans le cancer de cet organe; sans aller jusqu'à dire qu'une simple douleur, peu vive dans un des culs-de-sac latéraux, soit une contre indication formelle à l'opération, nous croyons que si la malade a éprouvé des signes nets de péritonite antérieure, si son utérus est notablement moins mobile, si la douleur provoquée par le toucher est intense, si surtout on constate un effacement et une résistance insolite dans les culs-de-sac latéraux, les lésions qui existent, fussent-elles simplement inflammatoires, doivent conseiller au médecin une grande prudence.

Notre excellent maître le Dr Siredey, examinant une femme qu'on lui avait envoyée dans son service pour savoir s'il y avait indication d'amputer le col de l'utérus affecté de cancer, trouva une petite induration et de la douleur dans le cul-de-sac gauche. Quoique dans tout le reste du col, le mal fût limité et se prêtât à l'ablation, M. Siredey repoussa l'idée d'opération à cause de la petite induration qu'on

n'aurait pu atteindre et à cause de la péritonite qui existait.

M. Duplay a été plus hardi; et le succès qu'il a obtenu dans l'observation I, montre qu'il ne faut pas toujours désespérer de réussir.

Absence d'autres manifestations cancéreuses. — « L'existence simultanée du cancer dans l'utérus et un ou plusieurs autres organes, dit Téallier (1), est une contre indication à l'opération. La récidive est alors certaine et la dégénérescence cancéreuse sur les autres points d'autant plus rapide. »

« Dupuytren sur le point d'opérer un squirrhe ulcéré au sein sur une femme de quarante et quelques années, s'aperçut en explorant attentivement ses organes, que le col de l'utérus était affecté de la même maladie. Cette découverte le fit renoncer à toute opération sur le sein dans la crainte d'agraver la maladie de l'utérus. »

Cette contre indication est absolue; on n'y déroge que si on a porté un diagnostic faux ou incomplet.

Dans l'observation suivante, intéressante à plus d'un titre, recueillie par nous dans le service de M. Broca qui a bien voulu nous donner, avec la bienveillance qu'il apporte dans toutes ses relations avec les élèves, des renseignements sur l'opération, on verra comment cet habile chirurgien a été amené à s'abstenir chez une malade qu'il avait déjà opérée deux fois, et qui présente aujourd'hui une récidive de son mal à l'utérus et une autre tumeur indépendante de l'aine droite.

(1) Téallier. Du cancer de la matrice, de ses causes et de son traitement. Paris 1836.

OBSERVATION II.

Léontine D..., âgée de 26 ans, entre le 14 novembre à la Clinique, service de M. Broca.

Mère morte d'un cancer au foie. La malade fut réglée à 16 ans, régulièrement, sans douleur; les menstrues duraient huit jours. Mariée à 16 ans et 4 mois.

A 17 ans, la malade accouche sans accident d'un enfant de 7 mois.

A 18 ans, elle fait une fausse-couche de trois mois.

A 19 ans, nouvel accouchement prématuré à 7 mois; aucun accident. L'enfant est mort de la petite-vérole à 4 ans.

A 21 ans, nouvel accouchement d'un garçon venu à 8 mois; il est mort à 4 ans, dit la malade, d'un rhume que lui avaient laissé une rougeole et une coqueluche.

A 24 ans, une petite fille venue à 7 mois; elle paraît avoir eu une paralysie infantile. Tous ces accouchements ont été faciles et n'ont donné lieu à aucun accident.

Depuis ce dernier accouchement, la malade a perdu continuellement en blanc. Le retour des couches se fit six semaines après, mais les règles avaient changé de caractère; les deux premiers jours la malade perdait un sang bien rouge, peu abondant, puis elle rendait pendant six jours un liquide ténu, coloré en rose, non fétide. Dans l'intervalle des règles, elle perdait un mucus blanc et épais.

Dix mois après ce dernier accouchement, la malade se sentit tout à coup mouillée par du sang; cette hémorrhagie ne dura, paraît-il, que quelques minutes; pas de douleurs, bon appétit, bon sommeil.

La malade fut très-effrayée de cet accident qu'elle ne prévoyait pas, et vit un médecin, qui l'engagea à entrer dans le service de M. Broca. Elle y vint en avril 1875. On reconnut un épithéliome siégeant principalement sur la lèvre postérieure du col.

30 avril, M. Broca l'enleva avec l'écraseur; la malade ne fut pas chloroformée, néanmoins la douleur fut supportable.

Quinze jours après, M. Broca s'aperçut que le mal récidivait et vers les derniers jours de mai, fit une nouvelle ablation; il se servit pour cette fois, non de l'écraseur qu'il accuse d'agir aveuglement et non au gré du chirurgien, mais du couteau galvano-caustique, recourbé sur le plat. Il introduisit un spéculum bivalve ordinaire, qui lui permettait de distendre le fond du vagin et de manœuvrer plus à l'aise, saisit la tumeur

avec des pinces et tailla à petits coups avec le couteau une des moitiés latérales de la base du col; après quatre ou cinq coups de couteau, un aide lançait dans le vagin quelques gouttes d'eau fraîche. La section fut pratiquée de même de l'autre côté; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

A la suite de l'opération, la malade eut, sans grande réaction générale, de la pelvipéritonite, qui se termina au bout de quinze jours, par l'évacuation d'un flot de pus fétide à travers le vagin. La malade a passé trois mois à l'hôpital, ayant de la peine à marcher, mais elle s'est remise rapidement chez elle; elle ne perdait qu'un peu de liquide blanc jaunâtre et épais. Les règles qui n'avaient pas paru de trois mois après l'opération, revinrent alors régulièrement et la malade put rester chez elle pendant quelques mois dans un état de santé parfaite.

Des hémorrhagies assez abondantes ont reparu en 1876, et l'ont ramenée le 6 mai à l'hôpital; la faiblesse était devenue considérable; le mal avait récidivé, mais la récidive paraissait encore opérable. M. Broca avait même promis à la malade de l'opérer; mais quatre ou cinq jours avant, on s'aperçut qu'il existait dans l'aîne droite, au-dessus de l'arcade de Fallope, une petite tumeur, arrondie comme un ganglion et placée derrière la paroi abdominale, à laquelle elle adhérait. M. Broca songea tout de suite à la généralisation du cancer et sous prétexte de faire fondre cette tumeur, refusa d'intervenir du côté de l'utérus. La malade malgré les pertes de sang, se remit un peu à l'hôpital et sortit au commencement de juillet dans un état satisfaisant.

Depuis deux mois, douleurs lancinantes au périnée, pesanteur dans le bas-ventre; fétidité des pertes; depuis quinze jours seulement, il s'écoule une eau rousse, fétide, très-abondante. Etat général médiocre; amaigrissement notable; horreur de la viande, mais assez bon appétit pour les autres aliments; pas de vomissements ni de constipation; la malade a parfois un peu de fièvre le soir et des sueurs nocturnes, mais elle ne tousse pas, n'a pas craché de sang et les poumons paraissent sains.

La miction est normale, mais l'urine est très-trouble.

Aujourd'hui, dans l'aîne, à la place de la petite tumeur constatée il y a quelques mois, on sent une plaque de 5 à 6 centimètres de diamètre, dure, à peu près lisse et ne présentant guère de bosselures qu'en haut, lorsqu'on recherche le bord supérieur avec les doigts recourbés en crochet; elle n'est pas douloureuse à la pression, sauf en bas; on peut en la comprimant la refouler profondément, mais elle revient à sa place suivant toujours la paroi abdominale. A la percussion on obtient une demi-sonorité; se fondant en outre, sur le plus ou moins de saillie que fait la tumeur aux

différents examens dont elle a été l'objet, M. Broca pense que la tumeur n'est autre chose que la partie antérieure du cæcum.

Outre cette plaque, au-dessus d'elle et en dehors, on en sent une autre plus petite qui touche l'épine iliaque antéro-supérieure; cette petite tumeur est moins facile à limiter et plus profonde que la grosse; elle paraît arrondie, lisse et dure.

Le vagin est distendu par un volumineux épithélioma, saignant facilement sur les côtés duquel il est difficile de passer pour constater ses limites.

Maladies générales. — L'existence de maladies générales tuberculose, scrofule, syphilis etc, chez les malades affectées de cancer utérin est évidemment une condition fâcheuse pour l'ablation de la tumeur comme pour toute opération chirurgicale. Cependant la vérole et surtout la scrofule sont des maladies d'un âge moins avancé que le cancer, et il est bien rare que l'une ou l'autre produise par elle-même une cachexie si profonde que l'amputation du col en devienne dangereuse. Il n'en est pas de même de la tuberculose pulmonaire. Nous n'avons pas ici à discuter la question de l'antagonisme de la tuberculose et du cancer, antagonisme que les relevés de Lebert, du moins pour le cancer de l'utérus, infirment complètement; la clinique montrant assez fréquemment la coexistence des deux maladies, nous avons à nous demander en présence d'une tuberculisation pulmonaire à un degré variable et d'un cancer du col utérin facilement opérable, ce que doit faire le chirurgien. Depuis longtemps déjà on a signalé l'espèce de balancement qui s'établit entre la tuberculose d'un poumon et une inflammation parenchymateuse de la matrice. N'en serait-il pas de même pour le cancer? Si on l'enlève, ne va-t-on pas donner un coup de fouet à l'affection pulmonaire qui emportera la malade en peu de temps, alors même que le cancer ne récidiverait pas? Ces craintes nous semblent un peu chimériques et ce qui est vrai pour la fistule anale doit

l'être aussi pour le cancer utérin. L'observation suivante nous semble bien expliquer la conduite à tenir. Nous la devons à M. Duplay. La femme qui en fait le sujet est tuberculeuse du côté gauche et n'a rien ou presque rien au côté droit; elle porte un cancer du col opérable; l'état général est médiocrement satisfaisant; mais sous l'influence du repos et des soins, l'état général s'améliore, les craquements se limitent et M. Duplay se décide à opérer la malade. Trois ans après nous retrouvons cette femme presque dans le même état qu'elle était à sa sortie d'hôpital; nous l'y avons ramenée pour la faire voir à M. Duplay.

Observation III.

Tumeur maligne du col de l'utérus reconnue après l'ablation pour un papillome. Tuberculose pulmonaire.

La nommée Ollivier (Maria), 42 ans, domestique, entre le 10 décembre 1873, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay.

Le père de la malade est mort, il y a quatre ans, d'un cancer de l'estomac. Depuis un an, elle éprouve des troubles de la menstruation; elle a de la leucorrhée et des règles beaucoup plus abondantes qu'auparavant; elle n'a ressenti de douleurs dans le bas-ventre que ces derniers temps; elle a en outre considérablement maigri; elle a eu des hémoptysies violentes, elle tousse et a des sueurs nocturnes.

Au toucher vaginal, on constate que le col est volumineux, développé surtout aux dépens de la lèvre postérieure; il est irrégulier, lobulé, mamelonné. L'orifice est entr'ouvert et on peut y introduire l'extrémité du doigt.

Le corps de l'utérus présente une consistance élastique normale.

Le spéculum permet de constater de visu l'état irrégulier, bosselé du col utérin, qui ne présente que très-peu de suintement.

L'auscultation de la poitrine révèle des craquements très-manifestes au sommet gauche; il y a une diminution de sonorité à ce niveau.

Diagnostic : cancer du col de l'utérus; tubercules au sommet du poumon gauche.

23 novembre. L'état général est beaucoup meilleur; la malade reprend de l'embonpoint et des forces. Les craquements sont plus limités à la partie supérieure du poumon gauche.

On continue les toniques, le julep morphiné, le vin de quinquina.

13 décembre. Ablation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire.

L'examen histologique, fait par M. Duret, interne du service, a permis de constater qu'il s'agissait d'un papillôme avec lacunes kystiques.

3 janvier 1874. On pratique le toucher sans que la malade éprouve aucune douleur. Le spéculum fait voir sur le col une surface très-granuleuse ; la lèvre antérieure du col fait encore une saillie très-considérable. Application de pâte de Canquoin.

10 janvier. Le toucher n'est pas douloureux; la lèvre antérieure fait toujours une saillie volumineuse. La malade n'a plus de perte. Nouvelle application de caustique.

Le 13. La malade quitte l'hôpital.

Fin des notes de M. Duplay.

10 novembre 1876. Nous trouvons la malade assez satisfaite de sa santé et se félicitant beaucoup d'avoir été opérée. Elle raconte qu'elle a perdu du sang encore pendant trois mois après l'opération, surtout aux époques menstruelles; dans l'intervalle la perte était peu abondante et non continue. Trois mois après l'opération, la malade n'a plus perdu qu'au moment des règles, qui sont revenues régulières, faciles, peu douloureuses, mais abondantes; elles duraient et durent encore huit à dix jours.

Les fonctions digestives laissent à désirer; la malade se nourrit bien, mais n'a pas beaucoup d'appétit; tous les jours au saut du lit, elle éprouve quelques envies de vomir, avec pâleur et refroidissement des extrémités, mais ne rend qu'un peu de liquide spumeux. Cet état de malaise se dissipe dans la matinée. Pas d'habitudes alcooliques. La malade a la diarrhée depuis qu'elle a été à l'hôpital; elle fait 4 à 5 selles par jour.

Il existe une petite toux sèche, fréquente d'ordinaire et que l'excitation provenant d'une contrariété que vient d'éprouver la malade, rend incessante comme la toux hystérique; néanmoins, elle dort bien, a peu de sueurs la nuit, mais elle est réveillée chaque jour à trois ou quatre heures du matin par un accès de toux; vers quatre heures de l'après-midi, elle a d'ordinaire un peu de fièvre, qui disparaît à huit heures. La malade a des hémoptysies fréquentes; parfois 2 ou 3 en un mois; mais elles sont, paraît-il, moins abondantes et moins pénibles qu'avant son opération.

Les douleurs lancinantes, très-aiguës et continues, qui existaient avant l'opération ont cessé à cette époque et ne paraissent actuellement qu'à l'occasion de fatigues ou des règles; encore sont-elles beaucoup moins vives. La malade paraît éprouver aussi de temps en temps un peu de douleur sur le trajet du nerf sciatique à gauche.

Avant ces quatre derniers mois, la malade avait complètement cessé de perdre en blanc; depuis cette époque, quelques jours avant l'apparition des règles, elle perd un liquide jaune-verdâtre, qui empèse le linge et présente parfois une fétidité très-grande, analogue à celle d'autrefois; elle ne sait pas bien si ce liquide est filant, ou non. Il diminue beaucoup d'abondance pendant la période intermenstruelle.

Examen physique. — La malade est maigre et assez pâle.

Poumons. — Au sommet gauche, diminution de la sonorité; craquements et râles sibilants fins, descendant jusqu'à la moitié de la hauteur du poumon; à droite, rien de net comme signe morbide.

Cœur. — Battements du cœur énergiques; souffle à la base et au premier temps.

Utérus. — La malade a ses règles depuis trois jours; à trois heures de l'après-midi, elle a mouillé 4 serviettes depuis le matin. Nous la touchons néanmoins. Le doigt arrive sur une saillie transversale allongée, ayant la forme et la grosseur de la moitié d'un marron, formée par la lèvre antérieure du col, assez régulière mais plus dure en bas. A ce niveau, sur la partie saillante de cette tumeur, le doigt sent une surface grenue et mamelonnée.

En arrière de cette tumeur se trouve une scissure profonde, au fond de laquelle on trouve l'orifice du col. La lèvre postérieure est sur un plan plus élevé et paraît nettement sectionnée, comme elle devait l'être après l'opération.

Le vagin est souple et normal à ses insertions sur l'utérus. Le cul-de-sac latéral droit est moins profond que le gauche. Il ne paraît pas y avoir de douleur.

17 novembre. La malade vient se faire examiner par M. Duplay, qui constate que l'utérus a un volume considérable. Au spéculum, ce qui reste du col paraît sain et rosé; mais sur la lèvre antérieure, au niveau de cette plaque plus dure, on voit une surface de la grandeur d'une pièce d'un franc, plus rouge que le reste du col; l'épithélium y semble enlevé; on y voit de petites éminences de la grosseur d'un grain de chènevis, qui ne saignent pas quand on les touche.

Nous serions donc amené à conclure que si, par le repos et les soins intelligents, la santé générale tend à s'améliorer, les phénomènes stéthoscopiques à se limiter de façon à laisser espérer que la maladie pulmonaire est susceptible de

marcher avec lenteur, la tuberculose, même à la seconde période, n'est pas une contr'indication à l'ablation du col de l'utérus cancéreux.

Etat général. — L'état général à lui seul ne nous semble pas fournir des indications nettes et précises sur la conduite à tenir. Nous trouvons dans la science, d'une part, un assez grand nombre de cas où les malades ont été opérées alors qu'elles présentaient un état général mauvais, et ont non-seulement parfaitement supporté l'opération, mais en ont retiré un profit considérable ; et d'autre part, des observations de malades qui semblaient réunir les meilleures conditions de santé générale, chez lesquelles la récidive a eu lieu rapidement et a entraîné la mort prématurément. Cette contradiction dans les résultats nous prouve que l'état général n'est pas un guide sûr pour le praticien qui voudrait en conclure au plus ou moins de malignité de l'affection qu'il a sous les yeux, et à l'indication d'une opération.

Les cas où la santé générale étant satisfaisante, l'opération paraissant indiquée, la tumeur emportée dans sa totalité a récidivé rapidement, ne sont malheureusement pas très-rares et ne peuvent être prévus.

Dans les cas, au contraire, où la santé générale laisse à désirer, nous croyons qu'il est au pouvoir du clinicien de démêler jusqu'à un certain point, dans les symptômes présentés par la malade, la part respective que prennent à l'affaiblissement de l'économie, la diathèse cancéreuse, les pertes sanguines, la résorption des matières septiques.

A la première nous attribuons comme signes, la teinte jaune-paille caractéristique, les œdèmes, la phlegmatia alba dolens, l'envahissement cancéreux des ganglions, et si nous voyons la malade s'épuiser rapidement sans que l'abondance des pertes explique ce prompt déclin, nous

penserons que la diathèse cancéreuse règne sur cet organisme en souffrance et que, si elle ne se manifeste que sur l'utérus, son influence s'étend sur tous les organes et en étouffe le libre fonctionnement. Dans ces conditions le mauvais état général contr'indique évidemment l'opération.

Il n'en est pas de même dans les deux derniers cas. Si la santé générale périclite, c'est l'état local qui doit être incriminé; si les pertes de sang sont excessives, entraînent une débilité qui peut arriver aux dernières limites, avec simple pâleur des téguments, l'indication la plus formelle, s'il est possible d'ailleurs de la remplir, est d'amputer le col. Les forces reviendront dès que la malade perdra moins et surtout si elle cesse tout à fait de perdre.

De même quand le cancer ramolli et ulcéré subit cette gangrène moléculaire dont un ichor abondant et fétide marque les progrès, que des accès de fièvre, des frissons, qu'il faut avoir soin de distinguer de la sensation du froid dont se plaignent souvent les cancéreuses déjà fortement débilitées, établissent la parenté qui existe entre cet état et celui des malades affectés de pyohémie ou de résorption urineuse et tendent à faire admettre dans tous ces cas un empoisonnement par absorption de matières putrides, l'ablation de la partie qui se grangrène, si d'ailleurs les autres conditions sont favorables, est bien encore le moyen de relever cette santé générale et l'affaiblissement de la malade réclame alors l'opération plutôt qu'il ne la contrindique.

En résumé, comme nous le disions en commençant, l'état général n'indique rien par lui-même; c'est de la comparaison de cet état avec l'affection locale que le médecin devra tirer ses conclusions pratiques.

Nature et marche du néoplasme. — Nous avons signalé plus haut les différences que pouvaient présenter dans leur

gravité et leur évolution les diverses espèces de cancer; nous n'y reviendrons pas, vu la difficulté qu'il y a à les déterminer, non-seulement sur le vivant, mais même la pièce anatomique à la main. Ce qui intéresse vraiment le clinicien, ce n'est pas la forme des cellules qui constituent une tumeur, mais la marche du mal dans son ensemble. A ce point de vue, la rapidité avec laquelle se développe et évolue une tumeur maligne est un bon signe pour juger de sa gravité et de l'utilité probable d'une intervention. Les tumeurs à marche envahissante, chaudes, si j'ose ainsi m'exprimer, repullulent après l'ablation avec une effrayante rapidité, et malheureusement certains squirrhes, certains épithéliômes n'ont sous ce rapport rien à envier à l'encéphaloïde. Chez une femme que nous avons vue à Lariboisière, dans le service de M. Siredey, un épithéliôme limité à la lèvre antérieure envahit tout le col en quinze jours. M. Siredey, qui songeait à l'opérer, recula devant cette marche si rapide du mal.

Nous conseillerions aux médecins de tenir compte de cette donnée; et l'on peut dire que les cas peu nombreux où le néoplasme envahit tout le col avec une grande rapidité, en quelques jours même, donnent, si on opère, les plus fâcheux résultats; la récidive devance même la cicatrisation et le mal bourgeonne comme un arbre taillé pousse des tiges plus vigoureuses. Nous conseillerions d'autant plus de s'abstenir qu'il n'est pas sans exemple que ces cancers à marche rapide, livrés à eux-mêmes, aient pris une allure plus douce et aient encore accordé aux malades une existence plus longue qu'on n'aurait osé l'espérer.

Age. — Dans son livre sur les maladies utérines Duparcque dit : « Peut-être aussi serait-il avantageux d'attendre pour opérer que les malades qui sont arrivés à l'époque critique, aient dépassé cette époque et atteint l'âge qui détruit

la modification prédisposante, organique ou vitale qui, si on opérait avant cet heureux effet de l'âge, rendrait la récidive également à craindre. »

Ces sages paroles sont irréprochables en théorie ; mais si l'on réfléchit que le cancer, fréquent avant l'âge critique ne l'est guère moins quelque temps après, que ce n'est qu'après de longues années que s'établit cette immunité relative, que la ménopause s'établit à des âges très-variables dont la différence se compte par années, et que les hémorrhagies du cancer empêchent même de savoir où en est la menstruation, on pensera qu'une expectation de plusieurs années, dans une maladie qui dure 18 à 20 mois en moyenne, ressemble fort au parti pris de ne pas intervenir.

Mais chez les femmes arrivées déjà depuis longtemps à l'âge critique, nous pensons qu'il est préférable de ne pas pratiquer d'opération. On ne doit, avons-nous dit, attendre de celle-ci qu'une prolongation de l'existence ; or tous les médecins ont remarqué avec quelle lenteur progressait le cancer chez les vieilles femmes et nous pensons qu'opérer dans ces conditions c'est, pour un profit fort aléatoire, faire courir à la malade des chances nombreuses de mort.

Nous laissons au lecteur le soin de juger si la malade qui fait le sujet de l'observation suivante a gagné ou perdu au traitement. Pour nous, nous pensons que ce fait prouve en faveur de l'amputation du col en général, et contre l'opération chez les veilles femmes, lorsque le cancer marche d'une allure assez tranquille.

Observation IV.

Epithélioma du col de l'utérus. Ablation et application de caustiques.

La nommée Sophie Noirot, 57 ans, journalière, entre le 28 septembre 1874 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay.

La malade a eu neuf enfants dont le dernier à 41 ans et demi ; tous sont

venus à terme, et les couches ont été bonnes. Il y a 7 ans, les règles qui étaient toujours régulières ont cessé de paraître et la ménopause s'est établie sans accidents.

Depuis dix-huit mois seulement sont apparues quelques pertes d'eau rousse qui se sont renouvelées plusieurs fois sous l'influence de la fatigue. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital il y a eu une perte de sang avec douleurs dans les reins et le bas ventre.

Toucher. — 2 octobre. On sent dans le vagin une tumeur du volume d'une très-grosse noix, assez régulièrement arrondie quoiqu'un peu bosselée, indolente à la pression. Cette tumeur semble pénétrer dans le col et s'y insérer par une large base, surtout à la lèvre postérieure.

Au spéculum, la tumeur apparaît sous la forme d'une sorte de champignon, rouge violacé en certains endroits, grisâtre en certains autres, parcouru par quelques vaisseaux superficiels, elle est lobulée, très-friable et saigne très-facilement.

Le 3. M. Duplay fait l'ablation partielle de la tumeur avec le fil métallique ou serre-nœud; il l'enlève par fragments et surtout en vue d'une exploration ultérieure. L'écoulement sanguin est très-modéré.

Le 6. Un nouvel examen permet de constater la présence d'un champignon cancéreux.

M. Duplay pique un cône de pâte de Canquoin dans la cavité du col, et en applique une plaque sur la tumeur. Le tout est maintenu par des tampons de charpie.

Le 7. On enlève les tampons de charpie et on fait des injections.

Le 8, La malade souffre un peu dans le bas ventre, mais l'état général est bon; il n'y a aucune espèce de réaction.

Le 17. Depuis quelques jours la malade perd du sang en assez grande quantité. On l'examine et on constate que l'eschare se détache. Le soir du 17, la perte du sang est assez abondante pour nécessiter le tamponnement.

Le 20. La malade perd moins, cependant l'écoulement persiste toujours un peu. L'eschare tombe.

Le 22. La malade ne perd plus.

7 novembre. Il reste une légère plaie ulcéreuse du col avec un point suspect à gauche. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 9. La malade quitte l'hôpital, elle doit revenir à la consultation.

9 novembre 1876. Nous retrouvons la malade dans une petite chambre de la rue Neuve-des-Boulets. Elle doit n'avoir recueilli de l'opération qu'elle a subie que de médiocres avantages; elle a toujours eu des pertes de sang considérables qui l'ont obligée à rentrer à l'hôpital en avril 1875;

elle en est sortie le mois suivant, mais a dû y rentrer en septembre pour ne le quitter qu'en novembre.

La malade est profondément découragée, car on lui a dit que son affection était incurable; sa faibleese l'empêche de travailler et la difficulté de subvenir à sa subsistance vient encore augmenter sa tristesse; depuis six mois qu'elle a quitté son ancien logement elle n'est sortie dans la rue que quatre ou cinq fois; elle reste souvent couchée. Elle mange peu, vomit assez souvent, et a parfois des frissons et de la fièvre.

Depuis un an surtout, elle perd continuellement en rouge ou en blanc; elle souffre dans les reins, dans le bas ventre et y éprouve aussi des douleurs lancinantes. Ces douleurs sont sujettes à des paroxysmes irréguliers et alors la malade perd du sang et des détritus noirâtres d'une odeur infecte.

La défécation s'accomplit normalement, la miction aussi; cependant il est arrivé plusieurs fois que des efforts de toux ou de vomissement ont provoqué l'expulsion involontaire des urines.

La malade est très-faible; quoique grosse encore, elle a beaucoup maigri. Ses chairs sont flasques et molles, sa figure comme le reste du corps présente la teinte jaune du cancer à la période cachctique. Il n'y a d'œdème nulle part.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre près de la vulve une tumeur ayant la forme et les dimensions d'une poire de moyen volume; son grand axe est dirigé en bas et à gauche. Cette tumeur est irrégulière et donne au doigt des sensations variables suivant les points que l'on touche. La portion de la tumeur qui regarde la vulve paraît dure, grumeleuse, friable, on a la même sensation en bas et en arrière : En passant le doigt entre la paroi vaginale et la tumeur, on sent sur celle-ci des bosselures arrondies, lisses, mal limitées, plus molles que n'est la partie inférieure du néoplasme. Le doigt n'arrive pas aisément en arrière jusqu'au fond du vagin, mais en avant et sur les côtés on constate que les insertions de ce conduit sur l'utérus et même sa portion supérieure sont rigides, dures, grumeleuses, envahies par le cancer, mais ne paraissent pas ulcérées. Cette altération, si elle existe en arrière du vagin est dans tous les cas bien plus limitée. Nous n'avons pu trouver l'orifice du col de l'utérus.

Pendant l'examen, quelque douceur que nous y ayons mise, le sang coule en assez grande quantité et quand la malade se relève il reste sous le lit un caillot de sang assez gros à la place qu'occupait le siége.

L'odeur n'est pas extrêmement forte, mais très-caractéristique.

Hérédité. — Quel rôle doit jouer l'hérédité dans la dé-

termination du médecin? Il est possible que le cancer utérin héréditaire soit plus grave qu'un cancer pour ainsi dire accidentel, que la récidive soit plus certaine, plus imminente ; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive renoncer à l'opération ; somme toute, héréditaire ou acquis, le cancer est toujours la même maladie maligne, et nous ne voyons pas pourquoi nous priverions un grand nombre de malades des bénéfices de l'opération ; il y aura récidive plus rapide peut-être, mais la malade pourra encore gagner quelques mois de répit, peut-être plus, comme la malade de M. Broca qui pendant plusieurs mois put reprendre, après avoir subi l'amputation du col, son existence très-active de femme mariée.

Pour résumer ce chapitre de notre travail nous dirons : l'amputation du col utérin cancéreux est nettement indiquée quand la malade est une femme jeune encore, dont la santé générale est peu atteinte par le cancer lui-même, ou affaiblie seulement par les hémorrhagies ; quand le mal est bien limité à la partie inférieure du col et surtout, si c'est un épithélioma pédiculé ; quand l'utérus est petit et mobile, le cul-de-sac vaginal souple et indolent, le système ganglionnaire sain ; quand la marche du cancer est lente ou médiocrement rapide.

L'opération peut encore être tentée, mais avec des chances moins favorables, quand le mal remonte jusqu'aux attaches du vagin, sans les toucher ; quand l'utérus est un peu plus volumineux et a perdu de sa mobilité, quand les culs-de-sac vaginaux ne sont pas trop douloureux ni trop effacés, quand les affections générales qui peuvent exister paraissent devoir rester au second plan.

Il sera préférable de s'abstenir si le cancer à une marche rapide, aiguë, ou si la malade est déjà arrivée à un âge assez avancé pour qu'on puisse espérer que l'affection mar-

chera avec une lenteur qui rendrait illusoires les profits de l'opération.

Enfin nous repousserons formellement l'opération quand le mal paraît avoir envahi, si peu que ce soit, les attaches du vagin ou le corps de l'utérus, qu'il existe des ganglions tuméfiés dans les lombes, le bassin, que l'utérus est complétement fixé et qu'il a existé des phénomènes nets de péritonite ; quand indépendamment de l'affection utérine, il en existe une autre de même nature dans quelque organe, enfin quand la malade est arrivée à la période de cachexie cancéreuse.

Art. IV. *Opération.* — L'amputation du col de l'utérus présente certains dangers immédiats ou consécutifs qui expliquent la transformation des procédés opératoires et servent à en juger la valeur. Ils ne tirent pas de leur étiologie une physionomie particulière, aussi ne leur consacrons-nous spécialement que quelques lignes à la fin de notre travail.

Nous n'avons pas l'intention de décrire en détail tous les procédés connus dans un travail aussi restreint que celui-ci ; nous ne parlerons que des plus usuels et nous ne prendrons de chacun d'eux que ce qui nous permettra de le juger et d'en faire ressortir les avantages et les inconvénients; nous nous bornerons donc à étudier l'excision au bistouri, l'écrasement linéaire, la ligature extemporanée, la ligature ulcérative, l'anse et le couteau galvaniques, enfin le cautère actuel et les caustiques.

Mais avant d'aller plus loin, répondons à une question générale qui se pose pour tous les cas et pour tous les procédés. Faut-il abaisser la matrice vers la vulve ou faut-il opérer *in situ*? Des deux côtés il y a des avantages et des inconvénients. Si l'on abaisse la matrice jusqu'à la vulve, le manuel opératoire en est fort simplifié ; la tumeur est sous les yeux ;

on l'enlève dans sa totalité par un procédé quelconque, et l'on peut même tailler facilement un cône creux dans la portion susvaginale du col; les insertions vaginales sont faciles à reconnaître et le chirurgien a peu de chances de blesser le péritoine ou la vessie, bien que l'accident soit arrivé à Lisfranc, à Velpeau et à bien d'autres; donc facilité considérable pour l'opération, sécurité relative pour l'opérateur, tels sont les avantages. Pour l'opérée, c'est tout différent : nous ne parlons pas des cas où l'utérus est absolument immobile parce nous pensons que, dans ces conditions, l'amputation du col ne doit pas être tentée; mais il arrive souvent, et c'est peut-être le cas le plus commun, que l'utérus soit moins mobile par suite de l'épaississement du tissu cellulaire sous-séreux et des ligaments utéro sacrés, des adhérences péritonéales; l'abaissement est encore possible, mais difficile et plein de périls. Voici l'opinion, encore bien favorable, de Scanzoni (1) sur l'abaissement de l'utérus : « Tout en reconnaissant que les tractions exercées sur l'utérus au moyen de la pince de Museux sont ordinairement tout à fait innocentes, si du reste les organes sexuels sont à l'état normal, il ne faut pas oublier que souvent, même dans le commencement de la maladie, l'on rencontre à côté de l'affection cancéreuse des adhérences entre le péritoine, l'utérus et les organes avoisinants. Si maintenant on exerce sur l'utérus une traction trop forte, il peut facilement arriver que la tension excessive des adhérences donne lieu à une nouvelle péritonite dont on ne pourra jamais prévoir l'issue; ou bien les inflammations antérieures du péritoine peuvent le rendre tellement friable et diminuer son extensibilité à un tel point que les tractions violentes exercées sur l'utérus peuvent très-facilement déchirer cette mem-

(1) Scanzoni. Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. 1re éd. 1856, trad. par Dor et Socin, Paris 1858.

brane, ou la séparer des organes sous-jacents. Nous avons nous-même, dans une opération pareille faite avec le concours de notre ami Morawek, observé une rupture transversale du périnée longue de un centimètre dans la partie inférieure du pli de Douglas. »

Aujourd'hui la majorité des chirurgiens, et surtout ceux qui s'occupent spécialement des affections utérines, ont renoncé à l'abaissement de la matrice. La péritonite mortelle est trop fréquente après cette manœuvre pour ne pas compenser et au-delà la facilité qu'elle donne à l'opérateur. Telle est l'opinion des maîtres les plus expérimentés. MM. Broca S. Duplay, Siredey, Gallard etc. Il faudra donc se résigner à opérer au fond du conduit vaginal, lentement, péniblement et avec moins de sécurité peut-être, quoique certains procédés, inconnus autrefois, rendent aujourd'hui cette opération plus facile. La pince de Museux ne servira plus qu'à tenir la tumeur, non à abaisser l'utérus ; et nous sommes en même temps amené à condamner l'usage de tous les instruments que l'on introduit dans la cavité utérine et qui s'y déploient de façon à prendre un point d'appui sur lequel on peut exercer des tractions.

Cette question résolue passons à l'étude des divers procédés opératoires.

Excision. L'excision par l'instrument tranchant a été le premier, et pendant longtemps le seul procédé d'ablation du col cancéreux ; pratiqué avec ou sans abaissement préalable de l'utérus, par Osiander, Dupuytren, Lisfranc, Velpeau, Récamier etc. tantôt avec un bistouri droit ou courbé sur le plat, tantôt avec des ciseaux courbes où la cuiller tranchante de Dupuytren, ce procédé opératoire a eu une destinée brillante, et parmi les chirurgiens de notre époque, plusieurs parmi lesquels nous citerons West, M. Sims, lui ont maintenu ou rendu leur préférence. C'est, en effet, malgré cer-

tains revers arrivés à des hommes comme Lisfranc et Velpeau, un procédé intelligent et vraiment chirurgical, que celui ou l'opérateur, sûr de la docilité de son instrument, peut le guider exactement au gré de ses connaissances médicales; ajoutons que le peu de douleur que provoque l'excision et la rapidité de l'exécution, permettent de se dispenser de chloroformer la malade, ce qui, à la campagne, n'est pas un avantage à dédaigner. Malheureusement là comme partout, il y a le revers de la médaille; l'hémorrhagie primitive ou consécutive, d'autant plus à redouter qu'il s'agit de malades qui portent en elles le germe déjà avancé d'une débilité constitutionnelle, les accidents de septicémie dans le milieu peu hygiénique des hôpitaux, tels sont les accidents que l'on peut reprocher à l'excision.

Ligature ulcérative. — La ligature ulcérative placée sur la partie saine du col, au-dessus du cancer, évite ces écueils; mais elle a toujours été peu en faveur. Outre les accidents d'étranglement qu'elle détermine parfois, M. Courty craint avec toute apparence de raison, que si elle laisse échapper quelques parcelles du néoplasme, l'irritation prolongée qu'elle développe dans les parties voisines, n'active leur développement et n'amène une récidive prompte et vivace.

Écraseur linéaire et serre-nœud. — Ces deux instruments sont plus souvent employés; leur simplicité, leur prix modéré, l'hémostase parfaite qu'ils procurent, justifient la faveur dont ils jouissent. Dans l'amputation du col utérin comme dans toute autre opération, chacun apporte ses avantages et ses inconvénients propres. L'écraseur doit à son double levier un mouvement de va-et-vient de la chaîne, qui facilite beaucoup la section des tissus, surtout de la muqueuse. Mais la douleur qu'il détermine, oblige à chloroformer la malade et par suite à la laisser dans le décu-

bitus dorsal. On ne pourra donc pas varier sa position, comme l'opération pourrait le demander parfois. De plus, la chaîne, rigide, se mouvant dans un même plan, est très-difficile à placer et à maintenir, aussi risque-t-on de faire une section oblique qui laisse échapper une partie de la tumeur. Si pour corriger cette obliquité, on repousse l'instrument dans le fond du vagin, on court grand risque d'intéresser les attaches de ce conduit, le péritoine en arrière et la vessie en avant; enfin l'instrument, une fois placé, peut encore faire une échappée pendant qu'il n'est pas encore bien serré et léser des parties qu'on voulait épargner.

L'observation suivante prouve que la plus grande habileté opératoire ne suffit pas toujours à empêcher l'écraseur d'ouvrir le péritoine ou la vessie.

Observation V.

Epithélioma du col de l'uterus; ablation; perforation du cul-de-sac postérieur; péritonite; mort.

La nommée Bezin, 28 ans, domestique, entre le 25 novembre 1873, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay.

Cette femme a toujours été bien réglée et à part quelques douleurs au au niveau des reins, elle n'a jamais éprouvé aucun trouble du côté de la menstruation. Elle a eu un enfant il y a 8 ans, l'accouchement se fit naturellement et sans accident.

Depuis six mois environ, la malade a éprouvé des pertes de sang abondantes, qui se reproduisaient tous les quatre ou cinq jours; dans leur intervalle la malade perdait un liquide incolore très-fétide. Depuis cette époque elle a considérablement maigri. La face présente une légère teinte jaunâtre.

Touchcr vaginal. — Le col de l'utérus est très-volumineux et paraît surtout développé aux dépens de la lèvre postérieure, il est inégal et bosselé. La lèvre antérieure est le siége d'une ulcération profonde. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont normaux et le corps de l'utérus lui-même ne présente rien de particulier

Rien à noter du côté du cœur et des poumons.

Les fonctions digestives sont normales.

Diagnostic. — Epithélioma du col de l'utérus.

6 décembre. M. Duplay pratique l'ablation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire ; l'opération ne se fait pas sans quelques difficultés; néanmoins, on parvient à enlever la tumeur dans sa totalité. Pas d'hémorrhagie.

Opium, glace sur le ventre. — Le soir de l'opération, la température s'élève à 40°.

Le 7. La malade a été prise pendant la nuit de frissons et d'une douleur vive à l'hypogastre. Elle n'a pas vomi. La langue est blanche et humide.

Matin	T. 39,2.	P. 100.
Soir	T. 40,2.	P. 120.

Le 8. La malade a eu hier des vomissements fréquents, d'un vert porracé. La physionomie est profondément altérée, la face pâle, les yeux sont enfoncés dans l'orbite, entourés d'un cercle bleuâtre ; le nez est pincé, la voix cassée et éteinte, mais l'intelligence reste intacte. La douleur hypogastrique a envahi tout l'abdomen; le ventre est tendu, rénitent, très-douloureux à la pression. Léger écoulement sanguinolent par le vagin.

La respiration est accélérée, le pouls est fréquent, petit, irrégulier, il est presque impossible de le compter. T. 39,6. P. 112.

Prendre toutes les heures un centigramme d'extrait thébaique, vésicatoire à l'hypogastre, limonade, glace.

Après la visite, les vomissements porracés se reproduisent et deviennent extrêmement fréquents ; les douleurs paraissent augmenter d'intensité ; enfin la malade meurt à 3 heures, conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Autopsie. — Le 10. On trouve au niveau du cul-de-sac postérieur une perforation de la grandeur d'une pièce de deux francs. Cette perforation a déterminé la péritonite généralisée qui a emporté la malade. On n'avait pas trouvé de péritoine sur la tumeur enlevée.

Pareil accident est arrivé à Marion Sims, qui emporta avec la tumeur presque toutes les insertions du vagin et fit ainsi en arrière et sur les côtés, un immense trou par lequel l'air entrait dans le péritoine et sortait à chaque mouvement respiratoire : la malade guérit.

De pareilles observations ne sont pas rares dans la science et, malheureusement, si l'écraseur semble sous ce rapport l'instrument le plus dangereux, aucune autre méthode n'est tout à fait à l'abri de ces accidents.

Le fil de fer doux du serre-nœud est aussi douloureux que l'écraseur; mais il est plus souple que la chaîne et par conséquent plus facile à mettre et à maintenir en place, et par cela même moins dangereux à manier. Cependant privé du mouvement de scie de l'écraseur, il sectionne plus difficilement les tissus et parfois, comme c'est arrivé dans l'observation I, il se rompt sans pouvoir les entamer. Il est vrai qu'il a alors laissé un sillon profond qui rend l'emploi de l'écraseur des plus faciles. D'après M. Broca, l'inconvénient que nous signalons pourrait être évité. Ce chirurgien pense que les cordes métalliques pour le serre-nœud, formées de plusieurs fils, doivent aux aspérités qu'elles présentent un pouvoir sectionnant analogue à celui de la chaîne de M. Chassaignac, tout en gardant sur elle l'avantage de la flexibilité. M. Courty a mis à profit les avantagesdu serre-nœud sur l'écraseur : « J'ai pu, dit-il, en me servant d'un fil métallique et d'un bon serre-nœud au lieu d'une chaîne et d'un écraseur, et en opérant la constriction lentement par des tours de vis répétés de quart d'heure en quart d'heure pratiquer la section du col en une journée, sans avoir besoin de chloroformiser la malade et sans déterminer la moindre hémorrhagie. On peut même faire durer la section plus longtemps sans inconvénients, pourvu qu'on ait le soin, comme dans le cas d'application simple de la ligature ulcérative, de faire de temps en temps, dans la journée, des injections détersives. »

Le serre-nœud, muni d'une corde métallique ou d'un simple fil de fer, nous paraît préférable à l'écraseur. Il a les mêmes propriétés hémostatiques et présente en sus quelques avantages.

Nous n'avons parlé jusqu'ici du serre-nœud et de l'écraseur qu'au point de vue de l'exérèse et de l'hémostase ; ils présentent encore un avantage sur l'excision pure et sim-

ple, celui d'oblitérer les vaisseaux en même temps qu'ils sectionnent les tissus; condition importante qui met autant qu'il est en notre pouvoir, l'opérée à l'abri de l'absorption des matières septiques dont la chirurgie contemporaine a eu si souvent à reconnaître et à combattre les effets.

Dans ces derniers temps, l'exérèse s'est enrichie de nouveaux instruments; nous voulons parler de l'anse galvanique et du couteau galvano-caustique, qui répondent tous deux à la nécessité d'opérer sans faire perdre de sang et de mettre la plaie hors d'état d'absorber.

Anse galvanique et couteau galvano-caustique. — Nous dirons peu de chose de l'anse galvanique que nous ne pensons pas être jamais appelée à dévenir un instrument fort répandu, d'une part à cause du prix des appareils, du petit nombre de cas dans lesquels les médecins auraient l'occasion de l'employer, et d'autre part, à cause de la difficulté qu'il y a à lui faire produire tous ses bons effets. Le toucher seul, en appréciant le degré de résistance opposée par le fil, permet de juger des progrès de la section et des conditions hémostatiques dans lesquelles elle s'opère. Nous ne l'avons jamais vu employer pour l'ablation du col utérin, mais nous pouvons dire que si quelques chirurgiens en ont été très-satisfaits, M. Broca qui l'a essayée, y a renoncé.

Cet éminent chirurgien, s'est servi, dans le fait que nous avons rapporté, du couteau galvano-caustique recourbé sur le plat, et c'est à lui qu'il donnerait la préférence sur l'anse et sur l'écraseur s'il avait à répéter cette opération; inutilité d'abaisser l'utérus, hémostase parfaite si on a soin de ne pas chauffer le couteau trop fort, manuel opératoire facile, grande probabilité de ne pas intéresser les organes voisins, tels sont les avantages qu'il lui reconnaît.

Cautère actuel et caustiques. — Nous arrivons enfin à une classe d'agents sur lesquels on a beaucoup discuté et qui, mal employés, n'ont certainement pas l'innocuité que beaucoup de médecins leur prêtent ; ce sont les caustiques.

Le fer rouge appliqué depuis longtemps déjà à la cure radicale de certaines tumeurs externes, a été employé aussi à la destruction du cancer du col utérin et condamné par la plupart des médecins. Des observations trop nombreuses prouvent que le fer rouge retentit parfois d'une manière très-intense sur le péritoine ; de simples cautérisations ont pu amener la mort par péritonite, et M. Lucas Championnière déclare dans sa thèse, avoir vu deux fois la mort suivre une cautérisation du col. Le fer rouge n'est donc pas, tant s'en faut, un agent inoffensif, comme certains semblent le croire ; mais cela dit, il est bon, croyons-nous, de rechercher ce qu'on a exigé de lui et ce qu'on peut légitimement lui demander. On s'est servi du fer rouge pour détruire profondément des cancers assez volumineux du col. Mais pour arriver à ce résultat, il faut un cautère chauffé à une haute température ; l'opération ou du moins chaque séance, dure un certain temps ; il y aura forcément autour des parties détruites une réaction des plus considérables, qui aura pour conséquence une évolution plus rapide, une prolifération plus énergique de ce qui reste du cancer ; en même temps la vaste séreuse péritonéale déjà chroniquement enflammée au voisinage de l'utérus, va probablement se laisser envahir tout entière par une inflammation aiguë. Ce n'est pas tout : pour éviter autant que possible l'échauffement des parties voisines, le chirurgien est obligé de se hâter, et dans sa précipitation, il cesse d'être maître de son instrument. M. Duplay a bien voulu nous dire que pendant son internat, il avait eu ainsi l'occasion de voir quatre ou cinq fois une perforation du péritoine produite par le fer rouge ainsi manié.

Employé avec plus de prudence et dans un autre but que de détruire, le fer rouge est loin d'être aussi dangereux. Qu'est-ce que l'anse et le couteau galvanique si ce n'est un fer rouge avec lequel on détache la tumeur? et cependant on ne leur reproche pas plus de nocuité qu'à l'écraseur ou au serre-nœud. Pour nous, nous n'hésiterions pas si nous n'avions pas de serre-nœud, ou si la section obtenue par lui était insuffisante, à introduire un spéculum dans le vagin et à enlever le col avec une lame de fer courbée sur le plat, que nous ferions rougir à la lampe à alcool, avec la précaution, comme le pratique M. Broca avec le couteau galvanique, d'injecter très-fréquemment de l'eau fraîche dans le vagin, pour absorber le calorique. Ce couteau chauffé, nous semble devoir agir exactement de la même façon que le couteau galvanique et avoir l'avantage de se trouver en tous lieux à la portée de tous les médecins.

Les caustiques potentiels ne peuvent raisonnablement être appliqués que sur de petites plaques ou ulcérations cancéreuses ; même dans ces cas leur opportunité n'est pas reconnue par tout le monde ; on leur reproche d'avoir une action « incomplète comme destructive » « énergique comme excitante » (Courty). Certes pour combattre une maladie comme le cancer, qu'il s'agit de gagner de vitesse afin de lui barrer le passage, les caustiques, qui entretiennent toujours une zone d'irritation et de prolifération autour de la partie qu'ils mortifient, nous paraissent répondre bien peu à ce qu'on leur demande, rapidité et sûreté. Nous ne parlerons pas de la crainte où l'on est de les voir fuser sur les parties saines, cautériser le vagin, compromettre l'intégrité de la vessie, du péritoine, du rectum ; ni du danger que pourrait présenter, au point de vue de l'absorption, une cautérisation trop étendue avec le nitrate acide de mercure ou les pâtes arsénicales.

Un seul caustique, facile à se procurer partout, et dont M. Maisonneuve a tiré tant de parti, nous semble devoir être conservé ; c'est le Canquoin. Il présente au plus haut degré la propriété hémostatique, si utile dans le cancer de l'utérus ; il entame difficilement les surfaces recouvertes d'épithélium et par conséquent on peut moins redouter son contact avec la muqueuse vaginale ; son action destructive est puissante ; enfin on peut en faire à son gré des pâtes molles, faciles à appliquer dans les infractuosités d'un ulcère, ou des flèches dures qu'on peut enfoncer dans la tumeur ou bien dans le col. La douleur qu'il provoque est assez vive. M. Duplay, qui emploie ce caustique avec succès mais comme complément d'une opération plus radicale, commence parfois par bourrer de charpie le cul-de-sac vaginal postérieur. L'application du caustique est alors plus sûre et plus facile.

Tous les avantages que nous venons d'énumérer n'ont pas touché les chirurgiens et beaucoup repoussent le Canquoin comme tous les autres caustiques. Nous pensons qu'ils ont tort et raison tout à la fois. Entreprendre la destruction complète d'un cancer, même d'une surface ulcérée peu épaisse rien qu'avec les caustiques, c'est, croyons-nous, ne pas tenir assez de compte de la malignité de la maladie et des racines profondes qu'elle jette toujours dans l'organe sur lequel elle s'est implantée ; mais amputer le col à son entrée dans le vagin, dans des parties saines ou qui le paraissent et, par précaution, appliquer une, deux ou trois fois, une plaque de Canquoin sur la plaie, nous paraît être une précaution innocente et souvent utile. Les observations que nous tenons de M. Duplay semblent bien donner raison à cette manière de voir.

Nous ne citons que pour mémoire les injections destructives dans les tumeurs cancéreuses, pratiquées par Ki-

wisch. Gallard, West. Les résultats publiés sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se former une opinion sur cette méthode ; il est cependant une chose certaine, c'est qu'elle n'est pas toujours innocente.

La plaie qui résulte de l'amputation du col se comporte d'ordinaire de la manière la plus simple ; on l'abandonne presque toujours à elle-même, en ayant soin de faire chaque jour des injections détersives puis astringentes ; au bout de quelques jours la plaie bourgeonne ; l'eschare, si l'on avait employé un procédé produisant un eschare, se détache et la cicatrisation s'opère en trois semaines ou un mois, avec l'aide de quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi :

« Pendant le temps nécessaire pour obtenir ce résultat, dit Pauly (1), il se manifeste souvent des phénomènes inflammatoires dans la plaie ; il est important de les surveiller avec soin, car ils sont fréquemment les avant-coureurs de la récidive; alors, en même temps que les bords de la solution de continuité s'indurent et se couvrent de callosités, le fond de la plaie devient rouge-brun et se couvre de bourgeons qui repullulent dans un temps assez court. »

« D'autres fois la plaie reste pâle et décolorée, la suppuration peu abondante ; les bourgeons charnus sont comme flétris, ou même n'apparaissent pas ; il n'est pas rare même de voir la plaie se couvrir d'un tubercule gris ardoisé, croissant rapidement et qui revêt aussitôt la physionomie du cancer. »

En même temps la suppuration peut devenir plus séreuse et acquérir un peu de fétidité ; la malade ressent quelques élancements passagers dans le bas ventre. Cette récidive immédiate n'est pas très-rare et la malade de M. Broca

(1) Pauly. Maladie de l'utérus Paris 1836.

en est un exemple ; mais ce cas remarquable prouve aussi que si cette repullulation peut-être mise sur le compte d'une ablation incomplète, le médecin ne doit pas se laisser effrayer, mais essayer par une opération plus radicale d'enrayer les progrès de la maladie.

Si la cicatrisation est obtenue sans récidive immédiate, la malade éprouve d'ordinaire une amélioration extraordinaire ; les forces, la gaité reviennent avec l'appétit ; les pertes de toute nature disparaissent ; la menstruation peut se rétablir normalement, et l'on a même vu des opérées, rendues à la vie conjugale, devenir enceintes, porter un enfant à terme, et accoucher facilement et sans accidents. C'est cette amelioration ou plutòt cette guérison, obtenue, croyons-nous, dans la grande majorité des cas qui sera toujours la justification de l'intervention chirurgicale. Elle n'est que momentanée, disent ceux qui la repoussent ! C'est vrai, mais nos observations prouvent qu'elle peut durer un an et plus ; les cas beaucoup plus heureux sont communs, et lorsque la récidive se produit enfin, elle n'évolue pas plus vite que le cancer initial.

Et maintenant, après avoir pris l'avis du médecin, demandons celui de la malade. Aux médecins qui rejettent l'amputation du col cancéreux, nous dirons : Exposez la situation à votre cliente sans parti pris, sans lui laisser deviner ce que vous pensez vous-même des moyens que vous proposez, faites-lui même un sombre tableau des dangers de l'opération, et vous verrez cependant avec quelle ardeur ces malheureuses femmes saisissent cette dernière espérance alors qu'elles désespéraient ; quel mourant refusera de mettre à la loterie où l'on gagne souvent un an de vie et de santé !

Il nous reste, pour terminer, à dire un mot des complications qui peuvent compromettre le succès de l'opération.

La première c'est l'hémorrhagie primitive ; elle ne présente rien de particulier ici, que son abondance possible lorsque l'opération est faite par excision. Cependant West, qui opère de cette manière, croit qu'on en a exagéré les dangers ; Lisfranc, qui se servait aussi du bistouri, ne paraît pas, dans son mémoire lu à l'Académie, s'en préoccuper beaucoup et laisse couler le sang chez les femmes qui ne sont pas trop épuisées, jusqu'à ce qu'elles en aient perdu cinq ou six palettes. Ce serait même un bon traitement prophylactique des inflammations consécutives ; de sorte que sur quatre-vingt-dix-neuf opérées, pas une ne serait morte d'hémorrhagie, trois seulement auraient succombé à la péritonite.

Cependant dans les cliniques de la Pitié, Lisfranc assigne pour symptômes à ces hémorrhagies, la pâleur extrême, le refroidissement des extrémités, les sueurs froides, les vomissements, les évacuations involontaires, des convulsions, la respiration précipitée, le pouls petit intermittent, souvent nul, la syncope. Il serait difficile de ne pas reconnaître là le tableau des hémorrhagies les plus graves et nous doutons fort qu'un chirurgien qui a décrit ainsi les symptômes de cet accident, ne lui ait jamais dû aucun revers. Ces revers existent, si l'on en croit la plume de Pauly, aussi mordante que la parole de son maître. Sur neuf cas où Pauly assistait Lisfranc, trois fois les malades ont succombé en vingt-quatre heures à des hémorrhagies terribles.

Lisfranc affirme aussi avoir vu très-souvent ces symptômes effrayants sans aucune hémorrhagie ; le fait est positivement démenti par Pauly, mais confirmé par Téallier qui en donne un tableau beaucoup moins sombre ; étouffements, spasmes, attaques de nerfs, vomissements spasmodiques avec ballonnement du ventre. Ces accidents tout à fait symptomatiques de l'irritation et des souffrances de l'utérus, cédent à quelques antispasmodiques.

L'hémorrhagie consécutive est rare après quarante-huit heures. Primitive ou consécutive, la perte de sang réclame, si elle est abondante, outre les moyens ordinairement employés dans toutes les pertes de sang, le tamponnement du vagin. Il faut le faire avec une douceur et un soin tout spécial si l'on craint d'avoir un peu lésé le vagin pendant l'opération, afin de ne pas déterminer, comme c'est arrivé à Récamier et à d'autres praticiens, une déchirure complète de ce conduit.

Lisfranc dit avoir vu s'établir après le premier ou le second jour un écoulement rouge, peu abondant, qui s'il continue trop longtemps, sera utilement combattu par des tisanes astringentes et une petite saignée dérivative.

Les perforations du péritoine ne sont pas toujours mortelles comme le prouve l'exemple de Sims. Nous conseillerions de rechercher toujours sur la tumeur que l'on vient d'enlever, si l'on ne trouve pas une portion de péritoine; si on en trouvait, on apprendrait par cela même qu'il y a une plaie du vagin et on pourrait aller à sa recherche pour essayer d'en faire la suture, en adossant les deux feuillets séreux.

La perforation de la vessie est moins grave que celle du péritoine, mais laisse après elle une fistule urinaire.

La rétention d'urine se voit à la suite de l'amputation du col comme à la suite de l'accouchement ou des opérations sur le rectum; elle ne réclame d'autre traitement que le cathétérisme et se dissipe en quelque jours.

La péritonite aiguë généralisée est fréquente après l'amputation du col; c'est elle qui a éloigné le plus les médecins de cette opération et qui doit porter la responsabilité du plus grand nombre des revers. Qu'elle se développe à la suite d'une inflammation locale et chronique, existant avant l'opération et ravivée par celle-ci, qu'elle soit la con-

séquence d'une perforation, ou d'une réaction excessive, le traitement ne diffère pas de celui qu'elle réclame quand elle survient pour tout autre cause et présente d'ordinaire la même inefficacité.

Si la péritonite reste localisée, on peut en venir à bout par le repos, les cataplasmes froids sur le ventre, les frictions mercurielles, etc. Il importe de la combattre activement parce qu'elle peut guérir, et parce que aussi, elle prépare en même temps la voie à l'extension du cancer. L'inflammation pelvienne qu'à présentée la malade de M. Broca n'est peut-être pas tout à fait étrangère au développement des deux tumeurs qu'elle porte à l'aine. Nous renvoyons aussi aux livres classiques pour le traitement de la phlébite utérine qui n'a pas moins de gravité que la péritonite, mais est heureusement moins fréquente.

Quant à l'atrésie de l'orifice du canal cervico-utérin dont Lisfranc cite un exemple, elle réclamerait uniquement l'introduction de la sonde utérine. Mais il est bon d'ajouter que Pauly affirme que Lisfranc n'a pas suivi jusqu'à la fin la malade dont il parle; l'écoulement menstruel se faisant régulièrement par le vagin, l'oblitération absolue du col constatée à l'autopsie, ne sont que des inventions regrettables d'un homme dont la science s'honorerait davantage s'il ne lui avait pas menti avec tant d'impudeur.

Un cas de tétanos subaigu chez une femme opérée par M. Duplay pour une hypertrophie simple du col, passée ensuite dans le service de M. B. Anger, se trouve rapporté dans la thèse de M. Richelot (1). Cette complications a-t-elle été signalée après l'ablation du cancer utérin ? Nous ne saurions répondre à cette question.

(1) Richelot. Tétanos. Thèse pour l'agrégation de chirurgie. Paris, 1875.

CONCLUSIONS.

De l'étude que nous venons de faire, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic du cancer de l'utérus est généralement facile;

2° Il n'existe pas de traitement curatif du cancer utérin; il n'y a qu'un traitement chirurgical auquel on ne peut demander que la guérison de la lésion locale et non celle de la maladie générale;

3° La récidive sur place ou dans un autre organe est à peu près fatale dans un temps qu'il ne nous est pas permis mesurer;

4° Entre le moment de l'opération, pratiquée dans des conditions que nous nous sommes efforcé de déterminer, et la récidive, il y a le plus souvent place pour quelques mois, quelques années, non-seulement de vie, mais de santé;

5° Ce répit nous paraît assez considérable, assez fréquent, pour que nous conseillions vivement l'opération quand elle est possible, malgré les dangers qu'elle fait courir à la malade.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE